訪問看護申込書

申込日　　年　月　日

貴事業所名　　様

電話

FAX

訪問看護ステーションふれあいあげお
〒362-0035
埼玉県上尾市仲町1-8-5
TEL:048-776-1530
FAX:048-773-5300

ふりがな		家族構成
利用者氏名	様　男・女	
生年月日	（　歳）	
住所	電話:	キーパーソン:　続柄: 連絡先: □独居　□高齢世帯　□その他

依頼内容
□訪問リハビリ　□状態観察　□清潔ケア　□排泄ケア　□内服管理　□皮膚ケア　□精神科訪問看護
□点滴　□ポート　□気管カニューレ　□人工呼吸器　□在宅酸素　□吸引　□インスリン注射　□血糖測定
□在宅酸素　□吸引　□胃瘻　□膀胱留置カテーテル　□人工肛門　□褥瘡　□看取り　□その他（　）

申込みに至る経過等

診断名・既往歴

医療機関名		主治医		電話	
介護度	未申請 / 申請中 / 要支援 １ ２ / 要介護 １ ２ ３ ４ ５ / 区変中				
居宅支援事業所名				電話	
担当者				FAX	

公費負担	□生活保護　□特定疾病　□小児慢性　□自立支援　□その他
	状況
食事	□常食　□制限食（　）　□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　□経管栄養
更衣	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
移動	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
排泄	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
整容	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
入浴	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
睡眠	眠剤使用　□有　□無
コミュニケーション	問題　□有　□無
視力	問題　有（□白内障　□緑内障　□その他　）　□無
聴力	問題　□有　□無　　補聴器使用　□有　□無

他サービス利用状況	月	火	水	木	金	土	日	希望する曜日・時間等
AM								
PM								

その他特記事項