

訪問看護ステーションオレンジ 新規依頼照会票

お問い合わせ日：令和 年 月 日（ ）

貴事業所名：_____

ご担当者様：_____

1. 訪問内容（ご希望されるものに○をつけてください）

- ・療養上の援助：体調観察・内服管理・入浴介助・清潔ケア・排泄介助（排便コントロール）
- ・医療処置：酸素療法・吸引・中心静脈栄養・輸液ポンプ・経管栄養・人工呼吸器
褥瘡処置・留置カテーテル・気管カニューレ・人工肛門・人工膀胱
- その他（ ）

- ・理学療法士によるリハビリテーション

※訪問リハビリテーション利用時は、訪看Ⅰ2（1回/月）で体調観察をさせていただきます。

2. ご利用者様の基本情報

ご 住 所：

介護認定の状況： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

申請中（申請日 ）

かかりつけ医療機関：

主治医氏名：

3. ご希望する訪問回数： 回/週 所要時間： 分

訪問が可能な日時の欄に○をつけてください

	月 曜 日	火 曜 日	水 曜 日	木 曜 日	金 曜 日	土 曜 日
午 前						
午 後						

備考欄

※ご記入いただいた用紙は下記の宛先にお問い合わせ致します。2営業日以内に受け入れの可否を連絡いたします

訪問看護ステーションオレンジ（事業所番号 0860290188）

管理者：皆川 裕

TEL：51-4481 FAX：77-0403