

# 新規依頼申込書

申込日	令和 年 月 日	希望サービス	<input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> リハビリテーション																		
利用者氏名	(フリガナ)	性別	生年月日 T S H 年 月 日 年齢 歳																		
	様			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																	
住所	〒 -																				
電話番号	<input type="checkbox"/> ご本人	主介護者名	様 続柄:																		
	<input type="checkbox"/> 主介護者																				
疾患名																					
現病歴 既往歴 その他情報 (依頼の経緯、関わる際の留意点など)																					
依頼内容	看護 <input type="checkbox"/> 健康相談・介護相談 <input type="checkbox"/> 認知症のケア <input type="checkbox"/> 医療処置(褥瘡、ストマ、摘便、胃瘻、HOT等) <input type="checkbox"/> 清潔保持(清拭、入浴介助) <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> フットケア(爪切り等) <input type="checkbox"/> その他( )		リハビリテーション <input type="checkbox"/> 筋力強化 <input type="checkbox"/> 歩行能力維持・改善 <input type="checkbox"/> 拘縮予防 <input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 呼吸リハビリテーション <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 住環境整備 <input type="checkbox"/> その他( )																		
	希望曜日・時間	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	午前						午後						
	月	火	水	木	金																
午前																					
午後																					
適用保険	<input type="checkbox"/> 介護保険	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	負担割合	1割・2割・3割	<input type="checkbox"/> 医療保険															
公費利用	<input type="checkbox"/> 特定疾病受給者 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( )																				
貴事業所名/ご担当者名 住所 電話/FAX/事業所番号	貴事業所名:			ご担当者名:																	
	住所:		TEL:		FAX:																
医療機関名 診療科名/主治医名 住所/電話/FAX	医療機関名:			主治医名:																	
	診療科名:		住所:		TEL:																
訪問看護指示書依頼	<input type="checkbox"/> ご本人・ご家族 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー様 <input type="checkbox"/> おひさま訪問看護ステーション																				

## おひさま訪問看護ステーション 行

〒345-0047 埼玉県北葛飾郡杉戸町高野台東1-1-2  
 ウィンザーハイム高野台106  
 TEL:0480-53-9664 FAX:0480-53-9665  
 事業所番号:1161190149