

訪問看護利用申込書

あみ訪問看護ステーションさくら 宛 FAX番号:029-893-6448

お申込日: 年 月 日

事業所名		電話番号		ご担当者様 氏名
事業所番号		FAX番号		

ご利用者様情報			
フリガナ			
お名前		性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日生
ご住所	〒		
電話番号			

キーパーソン情報			
フリガナ			
氏名		続柄	
ご住所	☐ 利用者と同居 〒		
電話番号			

介護保険・医療保険の状況			
介護保険	要介護度	☐ 自立 ☐ 要支援(1・2) ☐ 要介護(1・2・3・4・5)	
認定期間	～	負担割合	1・2・3
医療保険	保険種類	☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 後期高齢 ☐ 公費(公費番号:)	
医療機関名		主治医氏名	
疾患名			

ご利用内容							
ご利用開始日	年 月 日 (頃・未定)						
訪問時間(分)	30 60 90	☐ 状態観察	☐ 褥瘡	☐ 創処置	☐ 酸素管理	☐ その他	
訪問曜日	月 火 水 木 金 土	☐ 服薬管理	☐ ストマケア	☐ ターミナル	☐ 気管 カニューレ		
ご利用回数	回/週	☐ 入浴・保清	☐ 栄養・食事	☐ カテーテル 管理	☐ 精神ケア		

特記事項・ご要望(現在の状況、訪問看護へのご希望など)

※ご記入いただいた個人情報は、訪問看護サービスの提供および事業運営以外の目的には使用いたしません。

ご記入ありがとうございます。
ご記入事項につきましては分かる範囲で結構でございます。
何卒よろしくお願い申し上げます。