

訪問看護 利用申込書<ケアマネジャー様用>

申込日： 年 月 日

| | | | | |
|-------|-------|-----------|------|----------|
| ケアマネ様 | | 居宅介護支援専門員 | 事業所名 | |
| | フリガナ | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 事業所番号 | | 電話番号 | F A X 番号 |
| | | | | |

| | | | | | | |
|--------|------|--|----|------|-------|------|
| ご利用者情報 | | | 性別 | 生年月日 | 年齢 | |
| | フリガナ | | | | | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 女 | | | | |
| | 住所 | | | | 年 月 日 | 歳 |
| | | 連絡先 | | | | 電話番号 |
| | | | | | | 電話番号 |
| | | | | | 電話番号 | |
| | | | | | 電話番号 | |
| | | | | | 電話番号 | |
| | | | | | 電話番号 | |
| | | | | 電話番号 | | |
| | | | | 電話番号 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|------|---|---|---|---|---|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|
| サービスの内容 | <input type="checkbox"/> 健康相談（病状観察、血圧測定など） <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 日常生活の看護（清潔の世話、その他） <input type="checkbox"/> 認知症の看護 <input type="checkbox"/> 主治医の指示による医療処置（カテーテルの交換など） <input type="checkbox"/> 家屋改善の相談 <input type="checkbox"/> 介護相談 <input type="checkbox"/> その他 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">希望曜日</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">火</td> <td style="text-align: center;">水</td> <td style="text-align: center;">木</td> <td style="text-align: center;">金</td> <td style="text-align: center;">土</td> <td style="text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">午前</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">午後</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | 希望曜日 | | | | | | | | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 午前 | | | | | | | | 午後 | | | | | | | |
| | 希望曜日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 午前 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 午後 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----------------------------|-----------|-----------|
| 家族構成図 | 健康状態（麻痺等） | 通院状況 |
| 同居家族は○で囲む | | 服用薬情報 |
| | 病歴等 | |
| | | 水分の補給について |
| | | |
| 利用申込みに至る経緯、ご家族の習慣的・個別的な介護方法 | | |
| | | |