

訪問看護利用申込書

申込日 令和 年 月 日

利用者情報	フリガナ		性別	生年月日	
	利用者氏名		男・女	令和 平成 昭和 大正	年 月 日
	住所	〒		TEL	— —
			保険種別	介護保険	・ 医療保険
	緊急連絡先	フリガナ	TEL		— —
		氏名	携帯番号		— —
		住所	続柄		
	要介護区分	支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5		負担割合 1割・2割・3割
	主病名			難病	有・無
現在の主な症状					
現在の療養状況	自宅・病院・施設 ()				

利用内容	利用サービス	緊急時加算	利用回数	利用曜日	希望時間帯
	看護・リハビリ	要・不要	回／週	月・火・水・木・金・土	午前・午後
	利用時間	看護	30分未満・30分・60分・90分・その他		
		リハビリ	40分・60分・その他		
備考欄					

依頼内容	☐ 状態観察	☐ 服薬管理	☐ 透析
	☐ 日常生活援助・指導(食事・栄養等・排泄ケア)	☐ 保清(清拭・シャワー浴・入浴)	☐ ターミナルケア
	☐ カテーテル・ドレーン類の管理	☐ 褥瘡予防・処置	☐ メンタルケア
	☐ 中心静脈・点滴・輸液ポンプ	☐ 人工肛門・膀胱	☐ 認知症ケア
	☐ 吸引・酸素管理	☐ リハビリテーション	☐ 家族ケア
	☐ その他 ()		

医療機関	名称		診療科	
			科	
	住所			
	フリガナ	電話	— —	
	主治医氏名	FAX	— —	
訪問看護利用について主治医への確認：未・済 (※訪問看護指示書が必要となるため)				

居宅介護支援事業所	名称		住所	
	フリガナ	電話	— —	
	担当ケアマネージャー	FAX	— —	

いつもお世話になっております。
新規のご依頼ありがとうございます。
分かる範囲でご記入いただきますようお願い申し上げます。



ケアウィル訪問看護ステーション
事業所番号 136099059
電話番号 03-3298-3685
FAX 03-3298-4784