

のぞみ 訪問看護ステーション
新規看護申込書

TEL : 045-534-5305

FAX : 045-534-5306

令和

年

月

日

貴事業所名	電話番号	
	FAX番号	
事業所番号	担当者氏名	

ふりがな		性別 男・女	家族構成
利用者氏名			キーパーソン氏名 () 関係 () 連絡先： 住環境 (独居・高齢世帯・家族と同居)
生年月日	(歳)		
住所	〒 -		
電話番号			
介護保険	保険者	非保険者番号	
	要介護状態区分 申請中/要支援1 2 / 要介護1 2 3 4 5 / 区変中		
	認定年月日：H 年 月 日 有効期限：R 年 月 日～R 年 月 日		
医療保険	保険者	被保険者番号	
	後高・国保・社保・その他	公費負担医療 生保・障害・その他	
医療機関情報	医療機関名	主治医氏名	
	所在地		
	電話番号	FAX番号	
病名	主病名	既往歴	
内服薬			
身体状況	移動 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)		
	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門・人口膀胱 <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> 疼痛管理 (持続皮下注射・硬膜外注射) <input type="checkbox"/> 終末期 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 状態管理 <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 排泄ケア <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 皮膚のケア <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> その他 ()		
	希望する曜日・時間帯等		
			他サービス 利用状況
主治医への指示書依頼：済 ・ 未			