

※お分かり頂ける範囲でご記入お願いいたします。 お申込日 平成 年 月 日 ()

フリガナ						
ご利用者様氏名						
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	才 性別 男・女	
現住所	〒 -			電話		
緊急連絡先	緊急連絡者氏名			続柄	キーパーソン	
	住所 〒 -			電話		
	特記事項(キーパーソン不在時の対応方法など)					
主病名・症状	病名		主な症状		アレルギー (有・無)	
日常生活自立度	寝たきり度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
	認知症日常生活自立度	I・II a・II b・III a・III b・IV・M				
要介護度区分	申請中 (申請日 年 月 日) 要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)					
保険情報	介護保険・医療保険・その他()					
	被保険者番号			後期高齢者受給者番号		
	有効期限			公費負担者番号		
	交付年月日			受給者番号		
	認定年月日			手帳番号		
	障害等級	度級	合併障害 (有・無)	市町村番号 ()	自立支援医療受給者番号	
ご希望の ご利用内容	ご利用回数	週 回 / 平成 年 月 日からの利用開始を希望します。				
	ご訪問曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 (<input type="checkbox"/> 土・ <input type="checkbox"/> 日) ※カッコ内は要相談				
	ご訪問時間	<input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 60分 <input type="checkbox"/> 90分 <input type="checkbox"/> その他()				
	訪問看護 ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 内服薬・外用薬の管理 <input type="checkbox"/> 全身状態の観察 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置・予防				
		<input type="checkbox"/> 日常生活援助(食事・栄養等・排泄ケア・清拭・入浴など。その他())				
		<input type="checkbox"/> 日常生活指導(食事・栄養等・排泄ケア・清拭・入浴など。その他())				
		<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> カテーテル・ドレーン類の管理				
		<input type="checkbox"/> 人工肛門・膀胱 <input type="checkbox"/> 中心静脈・点滴・輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 酸素等 <input type="checkbox"/> 透析等 <input type="checkbox"/> 吸引				
	<input type="checkbox"/> 精神的ケア <input type="checkbox"/> 在宅用医療機器類の管理					
	<input type="checkbox"/> その他 (医療的処置又は医療機器などの装着、ご使用があればご記入ください。)					
緊急時加算のご利用 (要・不要)						
居宅介護支援事業所	名称	フリガナ		事業所番号		
		担当ケアマネージャー 氏名				
	所在地	電話		FAX		
医療機関	名称	フリガナ		科		
		主治医氏名		指示書依頼 (有・無)		
	所在地	電話		FAX		
	特記事項					
備考						