

あすてるカンゴ船堀サテライト
訪問看護サービスご利用申し込み書

事業所番号：1362390914
事業所名：あすてるカンゴ船堀サテライト
事業所住所：〒132-0033
東京都江戸川区東小松川3-5-18
TEL：03-6231-4255
FAX：03-6231-4256
管理者名：呉井 智昭

ご依頼いただき誠にありがとうございます。
可能な範囲で構いませんのでご記入いただき、右記FAXにお送りいただけますと幸いです。

貴事業所名			貴事業所番号																				
TEL			FAX																				
ご担当者名			ご担当者様連絡先																				
お客様情報																							
お客様名（ご本人）	(フリガナ)		ご性別	男・女・他																			
			ご年齢	歳																			
生年月日	T S H R 年 月 日		ベッド導入有無	有・無（ ☐ 導入予定 / ☐ 未定）																			
ご住所	〒																						
	(建物名・部屋番号)																						
TEL	自宅：		携帯：																				
ご家族 (キーパーソン)	氏名			続柄																			
	ご住所	☐ 同居 / ☐ 別居（別居の場合は下記に住所記入）																					
		(住所)																					
	TEL（自宅）			TEL（携帯）																			
支援状況	☐ 可 / ☐ 一部可 / ☐ 不可		特記事項																				
家族構成 (その他ご家族に関する情報)																							
保険情報	介護保険	認定結果	要支援（ ） / 要支援（ ）																				
		☐ 区分変更中 / ☐ 申請中																					
	医療保険	保険種類	☐ 社保 / ☐ 国保 / ☐ 後期高齢																				
		負担割合	☐ 1割 / ☐ 2割 / ☐ 3割																				
	公費	公費種類	無・有：生保・難病・自立支援・重心・その他（ ）																				
	保険者名称			被保険者番号																			
	交付年月日	年 月 日		認定の有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日																		
診断名（主疾患）																							
現病歴・既往歴など																							
ご依頼目的 (ご依頼項目にチェック と カッコ内の詳細に○ もしくは記載をお願いします)	☐ 定期的な状態観察 ☐ 内服管理（セッティング・服薬確認） ☐ 排泄ケア（排便・浣腸・ストマ管理） ☐ 清潔保持（口腔ケア・入浴・清拭） ☐ 皮膚のケア（褥瘡処置・管理） ☐ 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻） ☐ 尿路系管理（バルーン管理・導尿） ☐ リハビリ（屋外歩行：有・無） ☐ 喀痰吸引（経鼻経口・気管内） ☐ 医療機器管理（ ） ☐ 点滴・注射の施行 ☐ 在宅酸素管理 ☐ 精神面の観察 ☐ ご家族の支援、指導 ☐ 緩和ケア・ターミナルケア ☐ その他（ ）																						
ご依頼内容詳細 介入に際しての注意事項 など																							
訪問について	ご希望スタッフ	看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士																					
		☐ 男性スタッフ ☐ 女性スタッフ ☐ 性別問わない																					
	ご希望の訪問頻度	週 回 / 月 回																					
	ご希望の訪問曜日	<table><tr><td></td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td></tr><tr><td>午前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>午後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ※土日祝訪問は要ご相談					月	火	水	木	金	午前						午後					
		月	火	水	木	金																	
午前																							
午後																							
初回訪問希望日時	月 日 時 分																						
往診医情報	医療機関名																						
	主治医名			診療科																			
	連絡先	TEL																					
		FAX																					
主治医の承諾	無・有（指示書依頼：済・未）																						