

あすてるカンゴ銚子  
訪問看護サービスご利用申し込み書

事業所番号：1261390111  
事業所名：あすてるカンゴ銚子  
事業所住所：〒288-0814 千葉県銚子市春日町105  
TEL：0479-21-7800  
FAX：0479-21-7802  
管理者名：藤山 綾乃

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																				
T E L			F A X																				
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（ <input type="checkbox"/> 導入予定 / <input type="checkbox"/> 未定）																			
ご住所	〒																						
	(建物名・部屋番号)																						
T E L	自宅：		携帯：																				
ご家族 (キーパーソン)	氏名				続柄																		
	ご住所	<input type="checkbox"/> 同居 / <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 可 / <input type="checkbox"/> 一部可 / <input type="checkbox"/> 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（ ）																				
		<input type="checkbox"/> 区分変更中 / <input type="checkbox"/> 申請中																					
	医療保険	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 / <input type="checkbox"/> 2割 / <input type="checkbox"/> 3割																				
		保険種類	<input type="checkbox"/> 社保 / <input type="checkbox"/> 国保 / <input type="checkbox"/> 後期高齢																				
	公費	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 / <input type="checkbox"/> 2割 / <input type="checkbox"/> 3割																				
		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)	<input type="checkbox"/> 定期的な状態観察 <input type="checkbox"/> 内服管理（セッティング・服薬確認） <input type="checkbox"/> 排泄ケア（排便・浣腸・ストマ管理） <input type="checkbox"/> 清潔保持（口腔ケア・入浴・清拭） <input type="checkbox"/> 皮膚のケア（褥瘡処置・管理） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻） <input type="checkbox"/> 尿路系管理（バルーン管理・導尿） <input type="checkbox"/> リハビリ（屋外歩行：有・無） <input type="checkbox"/> 喀痰吸引（経鼻経口・気管内） <input type="checkbox"/> 医療機器管理（ ） <input type="checkbox"/> 点滴・注射の施行 <input type="checkbox"/> 在宅酸素管理 <input type="checkbox"/> 精神面の観察 <input type="checkbox"/> ご家族の支援、指導 <input type="checkbox"/> 緩和ケア・ターミナルケア <input type="checkbox"/> 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																					
		<input type="checkbox"/> 男性スタッフ <input type="checkbox"/> 女性スタッフ <input type="checkbox"/> 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）																						