

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

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。

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

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 (その他ご家族に関しての情報)							
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	負担割合	□1割 / □2割 / □3割				
		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)	<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（摘便・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	月	火	水	木	金
午前							※土日祝訪問は要ご相談
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）						