つくし訪問看護ステーション 利用申込シート

□看護　　□リハビリ　（希望開始時期）

申し込み日　　年　　月　　日　　（受付者名※ステーション記入　　）

【ご依頼者様氏名】	【事業所・病院名】
	【ご連絡先】

● ご利用者様基本情報

ふりがな				性別	
利用者様氏名				□ 男性　□女性	
生年月日	T　S　H　　年　　月　　日		年齢	歳	
住所					
電話番号		他、連絡先(携帯等)			
保険種類	介護保険　/　医療保険	要支援（　）　/　要介護（　）　/　申請中			
被保険者番号		認定日　令和　年　月　日 認定期間　令和　年　月　日　～　年　月　日			
居宅介護支援事業所 ※ご依頼者様の場合は記載不要			ご担当 CM様氏名		
連絡先（電話）		他/FAX・携帯等			
疾患名/ADL 他					
家族関係、他					
医療処置の有無	□有：内容（　）				
特別指示書の有無	□有				
主治医	通院　/　訪問診療	（病院・クリニック名）		（医師名）	
	（住所）			（連絡先）	

● ご依頼内容

援助内容	□症状管理　□内服管理　□排便コントロール　□吸引・指導　□ストマ管理・指導 □HOTの管理・指導　□胃ろうの管理・指導　□疼痛コントロール(麻薬、　) □点滴管理　(カフティポンプ、 □カテーテル管理(Ba-t、その他　) □褥創処置・皮膚トラブルの有無の確認 □栄養指導、飲水・食事状況の確認 □清潔ケア(入浴介助、清拭、おむつ交換、陰部洗浄、足浴、□腔ケア、その他：　) □リハビリ(□関節可動域訓練 □筋力訓練 □屋内動作訓練 □屋外歩行訓練 □床上リハビリ □嚥下訓練) □リハビリその他（　） □精神的ケア　□介護指導　□環境整備　□地域連携
	（その他）
他サービス介入 有無	
希望訪問回数	月　/　週　　回　　希望曜日

つくし訪問看護ステーション　TEL:03-6436-8837　FAX:03-6436-8838