

訪問看護利用（事前相談）申込書



申請者様 ※社判でも問題ございません。
事業者名
住 所
電 話
F A X
ご担当者



様

stella訪問看護事業部 宛
FAX 03-56944-2604

=希望事業所=

- ☐ 板橋区事業所 ☐ サテライト 足立区事業所
☐ 北区事業所 ☐ 事業所希望無し

※複数にチェックがある場合こちらで調整させていただきます

患者氏名	様		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 平成 (満 歳)
患者住所			電話番号①	— —
			②	— —
主たる傷病名				
既往歴	なし 高血圧 糖尿病 脳出血 脳梗塞 その他 ()			
現在の状況				
介護度	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)		申請中 区分変更中	結果予定 月 日頃 結果
負担額	1割 2割 3割 生活保護受給中	公費	☐ 特定医療費(指定難病)受給者証 ☐ 障がい者医療証 限度額 円	
主治医	先生		ご家族 キーパーソン①	様 (続柄)
医療機関	(科)		住 所	☐ 同居 ☐ 別居(住所:)
介入相談	☐ なし ☐ 済み(指示書依頼: 済み / 未)		電 話	
往診医	☐ 上記主治医 ☐ 別機関(機関名:)		ご家族 キーパーソン②	様 (続柄)
往診医名	先生		住 所	☐ 同居 ☐ 別居(住所:)
次回診察			電 話	

看護希望内容	リハビリ希望内容	開始にあたる調整事項
30分・60分・90分 ____ 回 / 週・月 曜日 月 火 水 木 金 午前 午後 ※土日祝祭の定期訪問は医療度にあわせて調整いたしますのでお声掛けください。 ～ご希望のケア内容～ ☐ 病状の観察 ☐ 疾病管理サポート ☐ 服薬サポート ☐ 排泄援助 ☐ 褥瘡処置 ☐ 栄養・食事援助 ☐ 入浴等の清潔援助 ☐ リハビリ ☐ 精神的ケア ☐ 呼吸器管理 ☐ 在宅酸素管理 ☐ カテーテル等の管理 ☐ 家族介護サポート ☐ ターミナルケア ☐ その他 ()	20分・40分・60分 ____ 回 / 週 曜日 月 火 水 木 金 午前 午後 ※定期訪問が祝祭日の際は、平日振替をご依頼させていただく場合がございます。 ～ご希望のケア内容～ ☐ 日常生活(トイレ・入浴など)動作訓練 ☐ 日常生活(寝返り・起上りなど)動作訓練 ☐ ADL評価 ☐ 拘縮予防 ☐ 筋力増強(維持)訓練 ☐ 可動域拡大訓練 ☐ 歩行訓練 ☐ 屋外歩行訓練 ☐ 自己訓練メニューのサポート ☐ その他 ()	開始希望日 ☐ あり(月 日～) ☐ 未定 ☐ 要相談 担当者会議 ※出来る限り調整いたしますので、ご希望を記入ください。 ☐ 予定(月 日 時～) ☐ 未定 ～入院中の場合ご記入お願いします～ 退院日: 未定 / 月 日 退院前カンファレンス ☐ なし ☐ あり(月 日) ～現在利用中のサービス～ ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 通所介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ その他 ()

= 特記事項 =

ご記入ありがとうございました、上記のFAX番号または郵送で当ステーションまでお願いいたします。