

# 東京華仁訪問看護ステーション サービス利用申込書

申込日: 年 月 日

(ふりがな) 利用者名		生年月日	M T S H	年 月 日
住 所  (マンション・アパート名まで記載してください)	〒	性別	男・女	年齢 歳
		電話番号		

< 保険情報 >

介護保険	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			申請中	区変中
	被保険者番号			負担割合	割	
	認定日	年 月 日	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
医療保険	保険種類	社保・国保・後期高齢・その他( )			負担割合	割
	保険者番号		記号		被保険者番号	
公 費	生活保護・特定医療費・マル障・その他(被爆者手帳等 )					

< 主治医 >

かかりつけ医療機関		主治医	
受療状態	通院( 回/週・月) 訪問診療( 回/週・月) その他( )		
訪問看護指示書発行の了承	<input type="checkbox"/> 了承済み ・ <input type="checkbox"/> これから相談		

< 利用希望 > 希望の事業所に○をつけてください。

訪問看護	希望利用日	いつでも・月・火・水・木・金 ・土	希望利用回数	週 回		
	<input type="checkbox"/> 状態観察 <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 療養相談					
既往歴	・ ( 年 月~ ) ・ ( 年 月~ ) ・ ( 年 月~ )		現在治療中の病気 ・ ( 年 月~ ) ・ ( 年 月~ ) ・ ( 年 月~ )			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 歩いて外出可能 <input type="checkbox"/> 主に自宅内で生活 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 入院中(病院名 )					
医療行為の必要性	インシュリン注射	なし	あり	在宅酸素	なし	あり
	経管栄養	なし	あり	褥瘡	なし	あり
	ストマ	なし	あり	バルンカテーテル	なし	あり
感染症	検査未実施	なし	あり ( HB ・ HCV ・ 結核等感染症 )			
担当ケアマネージャー名			TEL			
居宅介護支援事業所 地域包括支援セン ター			FAX			

〒124-0023東京都葛飾区東新小岩1-9-8 駄田ビル101  
 東京癒心健康研究所合同会社  
 東京華仁訪問看護ステーション  
 TEL03-4361-3228 FAX 03-4361-9600