

訪問看護 利用申込書

申込日： 年 月 日

しろくま訪問看護ステーション

TEL 03-6504-6623 / FAX 03-6904-6653

〒178-0063 東京都練馬区東大泉7丁目29-7 小林邸2階

メール：shirokuma.houkanst@gmail.com



1 利用者さま		
氏名 (ふりがな)	男・女	生年月日： 年 月 日生
住所 〒	年齢： 歳	
TEL		

2 保険情報		
介護保険 要支援 (1・2) / 要介護 (1・2・3・4・5) / 申請中・区分変更中		
保険者番号	被保険者番号	
負担割合 1割・2割・3割	有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日	
医療保険 国民健康保険・社会保険・後期高齢者・障害手帳		
公費負担医療受給者証 あり (種類：) ・ なし		
認定年月日 年 月 日	生活保護・その他 ()	

3 主治医・現在の状況	
医療機関名	医師名 (ふりがな)
住所	診療科
在宅・入院中 (退院日： 年 月 日)	TEL
疾患名	主症状

4 介護者・緊急連絡先				
	氏名 (ふりがな)	続柄	住所	電話番号
主介護者				
緊急連絡先				

5 ADL	
食事	排泄
移動	認知機能
清潔	その他

6 希望すること	
希望するサービス 看護・リハビリ	利用回数 回 / 週
サービス時間 看護 (30分・60分・90分) / リハビリ (20分・40分・60分)	
内容 (該当項目を○で囲んでください) 状態管理 服薬管理 ADL援助・指導 リハビリテーション 褥瘡処置 ストマ管理 中心静脈・点滴 カテーテル管理 吸引 精神援助 介護指導 その他 ()	
希望日時 月・火・水・木・金・土・日・毎日 時間帯： 時 分 ~ 時 分	

7 居宅支援事業所	
事業所名	担当CM
住所	TEL
事業所番号	FAX

メモ・連絡事項
