

訪問看護申込書

申込日 年 月 日

相談者氏名 ・所属先	様	ぜろひゃく訪問看護リハビリテーション
電話		〒243-0213 神奈川県厚木市飯山1121-2
FAX		TEL : 046-242-5050 FAX : 050-3450-9815

ふりがな	家族構成
利用者氏名	様 男・女
生年月日	(歳)
住所	キーパーソン： 続柄： 連絡先：
電話：	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> その他

依頼内容

リハビリ 状態観察 清潔ケア 排泄ケア 内服管理 皮膚ケア 精神科訪問看護

点滴 ポート 気管カニューレ 人工呼吸器 在宅酸素 吸引 インスリン注射 血糖測定

在宅酸素 吸引 胃瘻 膀胱留置カテーテル 人工肛門 褥瘡 看取り レスパイト 自費 その他 ()

申込みに至る経過等

診断名・既往歴

医療機関名 主治医 電話

介護度 未申請 / 申請中 / 要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5 / 区変中

居宅支援事業所名 電話

担当者 FAX

公費負担 生活保護 特定疾病 小児慢性 自立支援 その他

状況

食事 常食 制限食 () 自立 見守り 一部介助 全介助 経管栄養

更衣 自立 見守り 一部介助 全介助

移動 自立 見守り 一部介助 全介助

排泄 自立 見守り 一部介助 全介助

整容 自立 見守り 一部介助 全介助

入浴 自立 見守り 一部介助 全介助

睡眠 眠剤使用 有 無

コミュニケーション 問題 有 無

視力 問題 有 (白内障 緑内障 その他) 無

聴力 問題 有 無 補聴器使用 有 無

他サービス利用状況	AM	月	火	水	木	金	土	日	希望する曜日・時間等
	PM								

その他特記事項

下記記載のFAX番号もしくはメールアドレスへお送り下さい。受け取り後、お電話にて詳細のヒアリングをさせていただきます。

FAX 050-3450-9815

メール info@zero-hyaku.com