

# さくら訪問看護ステーション瀬田利用申込書

## FAX : 03-6805-6630

医療保険 介護保険 ( にチェック)

フリガナ		申込日		平成	年	月	日						
利用者氏名	(男・女)	生年月日	M・T・S・H	年	月	日	(オ)						
住所	世田谷区		電話番号										
キーパーソン	(続柄)		連絡先										
介護保険番号		要介護度	申請中 自立 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5										
認定日	平成	年	月	日	認定有効期間	平成	年	月	日	～平成	年	月	日
交付日	平成	年	月	日									

かかりつけ医療機関名		TEL	
主治医名		FAX	
主な病名			

居宅介護支援事業所名		事業所番号	
介護支援専門員名		備考	
TEL		FAX	

希望曜日	月・火・水・木・金・土 (週・月回)		
希望時間帯	第1希望	第2希望	初回訪問予定日 平成 年 月 日頃
サービス内容	1、健康状態チェック(必須) 2、生活指導 3、食事指導 4、清潔ケア 4、排便コントロール 5、リハビリテーション 6、床ずれ処置・予防 7、胃ろう管理 8、服薬管理		
希望サービス	看護師・理学療法士/作業療法士/言語聴覚士	契約日	平成 年 月 日
サービス時間	30分・40分・50分・60分		

【備考】サービス導入に至るまでの経過等ご自由にお書きください。

*以下は、当ステーションで記入いたします。		記載者
受け入れ(OK・NG理由)		
申込者への連絡(OK/平成 年 月 日)	指示書依頼 (OK/平成 年 月 日)	
訪問開始までの経過	契約書作成→ 済み ( 月 日 )	