

訪問看護サービス依頼書・受付票

年 月 日

ご依頼者氏名: 御社名: 電話番号: FAX番号:	⇒	医療法人財団健和会 大島訪問看護ステーション 宛 電話: 03-5626-7621 FAX: 03-5626-7630 受付者:
--	---	--

当訪問看護ステーションの訪問看護サービスを希望される場合は、**太枠内をご記入いただき**、FAXで送信して下さい。なお、個人情報保護のため名前、住所等は一部分のみの記載でかまいません。

利用者概要	氏名(ふりがな)	様		
	生年月日	年 月 日 (歳)	男性・女性	
	住所			
	電話	自宅	キーパーソン ()	
	医療機関名		居宅介護支援事業所	
	主治医		ケアマネジャー	
	医療機関連絡先		連絡先	
	要介護区分	申請中・区変中・要支援() 要介護() 負担割合()割		
	病状・病名			
訪問看護依頼内容		希望訪問頻度・曜日・時間 訪問開始希望日		

お申し込みありがとうございました。近日中に責任者よりご連絡いたします。
 * ご希望の曜日・時間に添えない場合もございます。後日相談の上決めさせていただきます。

訪問看護ステーション使用欄	相談内容		
	<input type="checkbox"/> 指示書 <input type="checkbox"/> 依頼 <input type="checkbox"/> 到着 <input type="checkbox"/> 開始 (医保・介保) <input type="checkbox"/> 担当者会議 <input type="checkbox"/> 退院前カンファ <input type="checkbox"/> 公費 (生保・難病等) 日にち 時間 場所 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> その他のサービスの状況 <input type="checkbox"/> 他のステーション導入の有無		
	<input type="checkbox"/> 保留 (連絡待ち・その他)		所長確認
	<input type="checkbox"/> サービス開始予定 月 日 時頃初回訪問 <input type="checkbox"/> 相談対応のみで終了 <input type="checkbox"/> 対応困難 (理由: 人員不足・対象地域外・該当しない・他)		