

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 すみれ訪問看護ステーション鐘ヶ淵営業所 宛 電話：03-3619-0360 FAX：03-3619-0361 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) | | |