

# 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  新みさと訪問看護ステーション 宛  電話：048-958-8866    FAX：048-958-8808  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
	<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)			