

# 訪問看護サービス依頼書

この度は、ご依頼ありがとうございます。お手数ではございますが、下記の各情報についてご記入の上、FAXにて送信をお願いいたします。尚、個人情報保護のためお名前や住所は一部のみの記載でも結構です。

訪問看護ステーションみのり FAX: 025-520-7243

申込日： 年 月 日

## ご依頼者様の情報

病院・事業所名		部署	
依頼者氏名		連絡先TEL	

## ご利用者様の情報

※下記情報は分かれる範囲で結構です

(フリガナ)		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年齢		
氏名					年月日		歳	
住所	上越市			連絡先	ご自宅			
					携帯			
現在の状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設入所中 <input type="checkbox"/> 在宅療養中 <input type="checkbox"/> その他							
キーパーソン	氏名		統柄		関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	住所			連絡先				
適用保険	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 小慢 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 県障 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 公費適用なし							
	<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請済 要支援( ) 要介護( )							
医療情報	かかりつけの病院			主治医	科先生			
	病歴							
	現在の状態							

## サービスのご依頼・ご相談内容

ご希望の サービス内容	<input type="checkbox"/> 定期的な状態観察 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 点滴・注射 <input type="checkbox"/> ご家族の支援	<input type="checkbox"/> 清潔保持（口腔ケア・入浴・清拭等） <input type="checkbox"/> 喀痰吸引（ご家族への指導も可） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> お薬の管理（配薬・服薬確認） <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 排泄ケア（摘便・浣腸） <input type="checkbox"/> 尿路系の管理（フォーレ管理・導尿） <input type="checkbox"/> 皮膚のケア（褥瘡処置・管理） <input type="checkbox"/> ターミナルケア・お看取り				
ご希望の 曜日・時間帯		月	火	水	木	金	土
	午前						
	午後						
	提供時間	分	分	分	分	分	分
<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 定期巡回							
※ 1日に複数回の訪問も可能です。 ※緊急時以外で休日及び営業時間外の定期的な訪問は対応しておりません。							

ご利用者様が現在 ご利用されている 介護・福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護      回／週・月	<input type="checkbox"/> 訪問入浴      回／週・月	<input type="checkbox"/> 訪問リハ      回／週・月
	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤師      回／週・月	<input type="checkbox"/> 訪問歯科      回／週・月	<input type="checkbox"/> 定期巡回介護      回／週・月
	<input type="checkbox"/> デイサービス      回／週・月	<input type="checkbox"/> デイケア      回／週・月	<input type="checkbox"/> ショートステイ      回／週・月
	<input type="checkbox"/> 訪問看護      回／週・月	<input type="checkbox"/> 福祉用具（ ）	

ご本人様の家族構成図 【同居家族は○で囲んでください】

--

ご利用に至る経緯や希望するサービスの詳細及び目標

---

---

---

---

---

---

---

現在の問題点（ご本人様・ご家族様・生活環境等）

---

---

---

---

---

---

---

その他のご相談内容

（訪問看護指示書の相談・料金の相談など、ご不明なことがございましたらご相談ください。）

---

---

---

---

---

---

---