

# サービス申込書

お申込日 20 年 月 日

## 在宅看護センター 風 行

事業所番号：1161890292

TEL：048-953-9377

FAX：048-953-9615

| ご依頼元   |  |
|--------|--|
| 貴事業所名  |  |
| 貴事業所番号 |  |
| TEL番号  |  |
| FAX番号  |  |
| 御担当者様  |  |

※個人情報保護のため氏名、住所等は一部分のみの記載でかまいません。

↑ご印鑑でも構いません

### 利用者情報

|                |              |     |                     |
|----------------|--------------|-----|---------------------|
| フリガナ           |              | 性別  | 生年月日                |
| ご利用者           |              | 男・女 | T・S・H・R 年 月 日生 ( 歳) |
| 住所             | 〒 - 電話番号 ( ) |     |                     |
| キーパーソンの氏名 (続柄) | ( )          | 連絡先 | その他情報               |

### 保険情報

|                   |  |      |   |         |  |
|-------------------|--|------|---|---------|--|
| 要介護度              | 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 申請中<br>要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | 負担割合 | 割 | 身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級) |
| 保険区分              | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生活保護  |      |   |         |  |
| 特定医療費 (指定難病) 給付者証 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 【病名】  |      |   |         |  |

### 医療情報

|   |  |      |    |        |   |
|---|--|------|----|--------|---|
| 現病歴<br>既往歴<br>状態  |  |      |    |        |   |
| 医療機関名   | 主治医  | ( 科) | 先生 | 主治医の確認 | <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 |
| <input type="checkbox"/> 入院加療中 ( ) 病院 月 日 退院予定<br>→ 退院前カンファレンス 予定日時 月 日 : ~参加 ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)<br>→ 退院後 特別訪問看護指示書の発行予定 ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) |  |      |    |        |   |
| 他の訪問看護ステーションの利用   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ステーション名 [ ]<br>有の場合：サービス内容 ( ) 職種：NS・PT・OT・ST<br>※医療保険の場合、他の訪問看護ステーションとの同日算定は不可です。 |      |    |        |   |
| 備考  | ご希望サービス内容・希望回数・その他ご希望  |      |    |        |   |

お申込み、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。

|             |   |
|-------------|---|
| 在宅看護センター使用欄 | <input type="checkbox"/> サービス開始予定日 <input type="checkbox"/> 相談のみで終了 <input type="checkbox"/> 対応困難 |
| 相談内容        |   |
| 所長確認        |   |