

利用申込書＜訪問看護サービス依頼書＞

だいたい訪問看護ステーション

Tel:042-497-5631 Fax:042-497-5633

ふりがな			
ご利用者名	(男 ・ 女)		
生年月日	(M T S H)	年 月 日	年齢 () 才
住所		TEL	— —
あてはまるものに○	医療・介護(要介護__・要支援__・申請中・特定疾患・生活保護・障害者手帳)		
訪問看護導入をご検討された経緯: (現病歴) (既往歴) (病態) (現在利用中のサービス等)			

事業所様名		TEL	- -
事業所番号		FAX	- -
住所			
(お問い合わせの方)氏名		職種	

指示医師:	() 病院 () 科 () 先生 (検討中 ⇒ 備考へ)		
指示書状況:	☐ 依頼済み	☐ 未()	

希望内容:	(看護師 ・ 理学療法士)		
ケア希望曜日:	(月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金) 看護師(週に 回)、理学療法士(週に 回)		
希望内容詳細:	☐ セルフケア(入浴、清拭、足浴)	☐ 褥創処置	
	☐ 服薬管理	☐ 人工肛門、腎ろうなどの管理	
	☐ 医療機器関連(在宅酸素など)	☐ ターミナルケア	
	☐ 点滴、カテーテル類の管理	☐ 体重測定管理	
	☐ 経管栄養(胃ろう、経鼻、腸ろう)	☐ 介護相談	
	☐ 排泄コントロール	☐ その他()	
	☐ 口腔ケア	☐ リハビリテーション指導	
	☐ たん吸引	(内容:)	

アセスメントご希望日:	いつ ・ どこで	駐車場:	(あり ・ なし) ※分かりましたら記載をお願いします
		詳細⇒	

備考:	例) 指示Dr検討時の状況、希望時間帯、退院時カンファの日時など...
-----	-------------------------------------

※ご記入いただいた内容を元に、アセスメントにお伺いする日時を、後日お電話にてご相談させていただきます。