



## 訪問看護サービス申込票

申込日	年 月 日	時間	:	申込方法	電話・来所・郵送・FAX・その他 ( )
フリガナ 利用者氏名	さま (男・女)				
生年月日	西暦 年	住所	〒		
	和暦 年				
	月 日生まれ (満 才)	電話	自宅 携帯		
フリガナ 家族氏名	同居 (続柄 ) 別居	電話	自宅 携帯		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 ( 新規・更新・変更 申請日: 年 月 日 )				
認定区分	非該当・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5				
認定期間	和暦 年 月 日 ~ 和暦 年 月 日				
現状の居所	自宅・医療機関 ( ) ・施設 ( ) ・その他 ( )				
主治医	(診療科 )	医療 機関名	同上 上記以外		
居宅介護支援 事業所			担当CM		
介護サービス 利用歴	デイケア・デイサービス・訪問介護・訪問看護・リハビリ・ショートステイ・その他 ( )				
	月:	火:	水:	木:	金: 土: 日:
※現在、利用中のサービスを記入					
相談/依頼 要旨					
病歴等 要旨	※なるべく詳細に、家族歴もわかる範囲でご記入ください				
フリガナ 申込者氏名	※代理の場合、事業所・部署名		住所	〒	
			電話		
申込者区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族・代理人 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他【 ( ) 】				
事業所記入欄 (※要確認)	<input type="checkbox"/> 介護保険適用 ( 割) <input type="checkbox"/> 医療保険適用 ( 割) <input type="checkbox"/> 限度額認定証あり ( ) <input type="checkbox"/> 特定疾病医療費助成あり (負担上限 円) <input type="checkbox"/> 障害者手帳あり ( 級 障害の種類 ) <input type="checkbox"/> 愛の手帳あり ( ) <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療支援 (負担上限 円) <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 (担当 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
対応内容 memo	<input type="checkbox"/> 受け入れ可能 サ担・契約 ( / 時間 ) 初回サービス ( / 時間 )				
	<input type="checkbox"/> 月 ( : ~ : ) 担当者 <input type="checkbox"/> 木 ( : ~ : ) 担当者 <input type="checkbox"/> 火 ( : ~ : ) 担当者 <input type="checkbox"/> 金 ( : ~ : ) 担当者 <input type="checkbox"/> 水 ( : ~ : ) 担当者 <input type="checkbox"/> 受け入れ困難→ (事由: 体制難 希望日時との調整困難 エリア外 他 )				