

利用申込書	申込日	年 月 日			ご担当者								
	事業所名				事業所番号								
	TEL	- -		FAX	- -								
サービス提供先 ※事業所番号は 本体・サテライト 同一です	☐ リニエ訪問看護ステーション四ツ橋 本体から訪問 FAX 06-6531-3510 事業所番号 2761890090 (2級地 11.12円) 大阪市 西区・中央区・天王寺区・浪速区												
	☐ サテライト港から訪問 (2級地 11.12円) FAX 06-6695-7811				大阪市 (大正区、港区)								
	☐ サテライト東淀川から訪問 (2級地 11.12円) FAX 06-6370-2331				大阪市 (東淀川区・淀川区)								
	☐ サテライト平野から訪問 (2級地 11.12円) FAX 06-6795-5101				大阪市 (平野区・阿倍野区・東住吉区・生野区)								
フリガナ 氏名	() 様		生年 月日	大正・昭和 年 月 日 (才) 平成・令和 ☐ 男 ☐ 女									
住所	〒 ◆キーパーソン () ◆電話 () ◆連絡先 ()												
介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割	生保	☐ 有 ☐ 無						
公費等	☐ 特定医療費（指定難病）受給者証 ☐ 小児慢性特定疾病受給者証		☐ 有 ☐ 無 ☐ 申請中→ (/) 申請 疾患名： 限度額： 円										
	☐ 乳幼児医療証 ☐ こども医療証 ☐ 障がい者医療証 ☐ ひとり親家庭医療証												
主治医	主治医への確認 ☐ 未 ☐ 済 *訪問看護指示書の発行が必要となります。ご確認願います。 医療機関名： (科) 先生												
他の訪問看護 ステーション の利用	(訪問看護ステーション) 職種 NS・PT・OT・ST サービス内容 () *他のステーションとの同日訪問は、減算又は算定不可場合があります。												
疾病・既往歴	☐ (病院) 入院加療中 (/) 退院予定 退院前カンファレンス予定 ☐ 有 (/ : ~開催) ☐ 無 , 参加希望 有 ・ 無												
看護師	<table><tr><td>☐ 訪看I2 30分未満 470単位</td><td>☐ 予訪看I2 30分未満 450単位</td></tr><tr><td>☐ 訪看I3 30分以上1時間未満 821単位</td><td>☐ 予訪看I3 30分以上1時間未満 792単位</td></tr><tr><td>☐ 訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,125単位</td><td>☐ 予訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,087単位</td></tr></table> ※サービス提供体制強化加算 一回につき3単位算定します							☐ 訪看I2 30分未満 470単位	☐ 予訪看I2 30分未満 450単位	☐ 訪看I3 30分以上1時間未満 821単位	☐ 予訪看I3 30分以上1時間未満 792単位	☐ 訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,125単位	☐ 予訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,087単位
☐ 訪看I2 30分未満 470単位	☐ 予訪看I2 30分未満 450単位												
☐ 訪看I3 30分以上1時間未満 821単位	☐ 予訪看I3 30分以上1時間未満 792単位												
☐ 訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,125単位	☐ 予訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,087単位												
療法士 ※初回訪問は 看護師が同行いたします。	☐ 訪看I5 (20分・40分) 20分につき 293単位 ☐ 予訪看I5 (20分・40分) 20分につき 283単位 ※サービス提供体制強化加算 一回につき3単位算定します												
【サービス希望内容・留意点】													
	月	火	水	木	金	土	日						
午前													
午後													
事業所使用欄													