

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 <small>※事業所番号は 本体・サテライト 同一です</small>	<input type="checkbox"/> 「リニエ訪問看護ステーション住之江」から 訪問 (2級地 11.12円) 事業所番号: 2765990276 FAX 06-4701-8556 住之江区・住吉区 ※他地域は応相談			<input type="checkbox"/> 「サテライト南港」から訪問 (2級地 11.12円) FAX 06-6616-1188 住之江区南港 ※他地域は応相談		
フリガナ 氏名	() 様	生年 月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 (才)	男・女	
住所	〒 ◆電話 () ◆キーパーソン () ◆連絡先 ()					
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	生保	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
各種手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A1・B) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 障がい者医療証 <input type="checkbox"/> 乳幼児医療証 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療証					
主治医	<input type="checkbox"/> 特定医療費 (指定難病) 受給者証 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病受給者証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中→ (/) 申請 疾患名: 限度額: 円	主治医への確認 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 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、減算又は算定不可の場合があります。					
疾病・既往歴						
<input type="checkbox"/> (病院) 入院加療中 (/) 退院予定 退院前カンファレンス予定 <input type="checkbox"/> 有 (/ : ~開催) <input type="checkbox"/> 無 , 参加希望 有・無						
看護師	<input type="checkbox"/> 訪看I1 20分未満 313単位 <input type="checkbox"/> 訪看I2 30分未満 470単位 <input type="checkbox"/> 訪看I3 30分以上1時間未満 821単位 <input type="checkbox"/> 訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,125単位	<input type="checkbox"/> 予訪看I1 20分未満 302単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I2 30分未満 450単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I3 30分以上1時間未満 792単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,087単位 <small>※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</small>	緊急時ご利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
ケア内容	<input type="checkbox"/> カテーテル・カニューレ等管理 <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> 全身状態観察 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置・予防 <input type="checkbox"/> 入浴介助・清拭 <input type="checkbox"/> 排泄ケア <input type="checkbox"/> 食事・栄養等 <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈・点滴・輸液ポンプ管理 <input type="checkbox"/> 酸素等管理 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析等 <input type="checkbox"/> 在宅用医療機器類の管理					
療法士 <small>※初回訪問、また定期的 に看護師が同行いたします。</small>	<input type="checkbox"/> 訪看I5 (20分・40分) 20分につき 293単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I5 (20分・40分) 20分につき 283単位 <small>※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</small>					
ケア内容	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 嚥下					
【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						



リニエ 訪問看護ステーション 住之江

〒559-0001
 大阪市住之江区粉浜3-15-9
 コテジャルダン203号室
 TEL 06-4701-8554
 FAX 06-4701-8556