

利用申込書	申込日	令和 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>	事業所番号 2761190566 <input type="checkbox"/> 「リニエ訪問看護ステーション岸和田」から 訪問 (6級地 10.42円) FAX 072-423-0568 岸和田市・貝塚市・泉大津市・忠岡町 ※他地域は応相談				<input type="checkbox"/> 「サテライト泉佐野」から訪問 (6級地 10.42円) FAX 0721-468-6595 泉佐野市・熊取町 ※他地域は応相談			
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	〒 ◆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							
	<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	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。ご確認ください。 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11 20分未満 313単位 <input type="checkbox"/> 予訪看11 20分未満 302単位 <input type="checkbox"/> 訪看12 30分未満 470単位 <input type="checkbox"/> 予訪看12 30分未満 450単位 <input type="checkbox"/> 訪看13 30分以上1時間未満 821単位 <input type="checkbox"/> 予訪看13 30分以上1時間未満 792単位 <input type="checkbox"/> 訪看14 1時間以上1時間30分未満 1,125単位 <input type="checkbox"/> 予訪看14 1時間以上1時間30分未満 1,087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						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15 (20分・40分) 20分につき 293単位			<input type="checkbox"/> 予訪看15 (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				
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								