

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四ツ橋 本体から訪問 事業所番号 2761890090 (2級地 11.12円)		FAX 06-6531-3510 大阪市 西区・中央区・天王寺区・浪速区			
	<input type="checkbox"/> サテライト平野から (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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<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	
公費等	<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				
	<input type="checkbox"/> 乳幼児医療証 <input type="checkbox"/> こども医療証 <input type="checkbox"/> 障がい者医療証 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療証					
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	<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I2 30分未満 471単位 <input type="checkbox"/> 訪看I3 30分以上1時間未満 823単位 <input type="checkbox"/> 訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,128単位		<input type="checkbox"/> 予訪看I2 30分未満 451単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I3 30分以上1時間未満 794単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,090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>			
療法師 <small>※初回訪問は 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 294単位 <input type="checkbox"/> (予防)訪問看護訪問回数超過等減算 -8単位		<input type="checkbox"/> 予訪看I5 (20分・40分) 20分につき 284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>			
【サービス希望内容・留意点】						
	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						
事業所使用欄						