

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鶴見」から訪問 (2級地 11.12円) 事業所番号 2769290228 FAX 06-4257-3701 <small>鶴見区・城東区 ※他地域は応相談</small>			<input type="checkbox"/> 「サテライト天満」から訪問 (2級地 11.12円) FAX 06-6354-1031 <small>北区・都島区 ※他地域は応相談</small>			
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I1 20分未満 314単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I1 20分未満 303単位 <input type="checkbox"/> 訪看I2 30分未満 471単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I2 30分未満 451単位 <input type="checkbox"/> 訪看I3 30分以上1時間未満 823単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I3 30分以上1時間未満 794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I4 1時間以上1時間30分未満 1,090単位					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 294単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I5 (20分・40分) 20分につき 284単位 <input type="checkbox"/> (予防)訪問看護訪問回数超過等減算 -8単位						
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 鶴見

〒538-0052

大阪市鶴見区横堤4丁目28-14

鶴見緑地道端マンション 702号室

TEL:06-4257-3700 FAX:06-4257-3701