

# カンデラ・メディカルケア世田谷本店

事業所番号：1361291030

TEL：03-3703-0810

FAX：03-3704-8810

## 訪問看護サービス申込書

貴事業所名	電話番号	
	FAX番号	
事業所番号	担当者氏名	

		申込日	年 月 日
フリガナ	性別	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 ( 才)
お客様氏名	男 女		
住所	電話番号		
キーパーソン	(続柄 )	連絡先	

介護保険	要介護状態区分	申請中 / 要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5 / 区変中
医療保険	後保・国保・社保・その他	公費負担医療 生保・都・障・乳・その他
医療機関名	主治医氏名	
電話番号	FAX番号	
病名	主病名	既往歴

希望サービス	看護師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士					
希望曜日	月	火	水	木	金	土
希望時間帯						
サービス時間	看護師 : 30分 ・ 60分 / リハビリ : 40分 ・ 60分					
サービス内容	①健康状態観察 ②清潔ケア ③服薬管理 ④栄養管理 ⑤褥瘡処置・予防 ⑥排便コントロール ⑦家族・生活指導 ⑧カテーテル等医療機器の管理 ⑩終末期 ⑪リハビリテーション ⑫精神的支援					
他サービス利用状況						

経過 身体状況 その他	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 胃瘻・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門・人口膀胱 <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------------------	--

契約日	年 月 日	利用開始日	年 月 日
-----	-------	-------	-------