

訪問看護新規依頼票

依頼日 令和 年 月 日

貴事業所名 _____

ご担当者氏名 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

利用者情報

- ① 氏名/フリガナ : _____ / _____ 様 性別(男・女)
- ② 生年月日 : 明・大・昭・平・令 年 月 日 年齢 歳
- ③ 住所 : 〒 _____
- ④ 電話番号 : _____
- ⑤ 独居 ・ 同居 (同居者: _____)
- ⑥ キーパーソン _____ 連絡先 _____
本人との関係 _____
- ⑦ 医療機関名 _____ 主治医名 _____
- ⑧ 保険区分 医療保険・公費負担 (_____)
介護保険 (1号被保険者・2号被保険者)・
公費 (_____)
- ⑨ 日常生活自立度 (寝たきり度) J 自立・A一部介助・B部分介助・C全面介助
- ⑩ 認知症の状況 I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M
- ⑪ 要介護認定 未申請・有 (要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)
- ⑫ 病名 : _____
- ⑬ 現状等現在の状況 _____

病状

医療管理の有無 有・無 (HOT・IVH・点滴注射・人工呼吸器・各種ストーマ・CAPD・PTCD

その他: _____)

介護状況 介護者の状況: 身体的状況 (良・普通・不良)・精神的状況 (良・普通・不良)

⑭ 社会資源利用の有無

有・無 : 訪問介護・訪問入浴・通所・その他 _____

⑮ 訪問看護サービス依頼内容 _____

⑯ 希望曜日 月・火・水・木・金・土・日 訪問頻度 _____ 回 / 週 ・ 月 / 分

※リハビリテーションご依頼の場合は訪問頻度に時間 (分) の記載をお願い致します。

訪問看護初回訪問の前に

基本情報及び居宅サービス計画書 (暫定) をお送りくださいますよう、お願い致します。