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

1. 医療機関名 主治医名
2. 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（　　　　　　 　　 ）

1. 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
2. 認知症の状況　　　　　　　　　Ⅰ・Ⅱ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲ・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ｍ
3. 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）
4. 病名 　　　　：
5. 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）

1. 社会資源利用の有無

有・無　　：訪問介護・訪問入浴・通所・その他

1. 訪問看護サービス依頼内容

1. 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。

訪問看護ステーションnico武蔵野サテライト　　TEL：042-497-5257　FAX：042-497-5258