独立行政法人地域医療機能推進機構　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　　年　　月　　日

埼玉メディカルセンター附属訪問看護ステーション 行き

〒330-0074 埼玉県さいたま市浦和区北浦和4-9-3

TEL　048-826-2053　／　**FAX　048-826-2054**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**事業所番号：1166591127**

訪問看護利用申込書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者様基本情報 | ふりがな |  | 生年月日 | | 年齢 | 性別 |
| 氏名 |  | T ・ S ・ H  　　　年　月　日 | |  | 男　・　女 |
| 緊急時連絡先① | 電話 | | 名前（続柄：　　　　　　　　　） | | |
| 緊急時連絡先② | 電話 | | 名前（続柄：　　　　　　　　　） | | |
| 住所 | 〒 | | 電話番号 | | |
| 依頼者様 | 所属先 |  | ご担当 |  | | |
| TEL |  | FAX |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 現在の療養状況 | □自宅　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）□入院中（病院名：　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 医療処置管理 |  | |
|  | |
| 診断名／既往歴 |  | |
| 介護認定区分  被保険者番号／負担割合 | □要支援 1　・　2　　　□要介護　1　・　2　・　3　・　4　・　5　　□申請中  番号　　　　　　　　　　　 □負担割合（　　　　　　割）   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   （有効期間：　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日） | |
| 公費利用 | □生活保護支給（福祉課担当者：　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　）  □特定疾患医療受給者証：有　・　無　・　申請中 | |
| 病院名 |  | |
| 主治医 | 主治医名 | 科目 |
| 他サービスの利用状況 | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | | AM |  |  |  |  |  | | PM |  |  |  |  |  | | |
| 希望内容  連絡事項 |  | |

※ADL表・日常生活自立度等は別紙へ　　　※お分かりになる範囲でご記入ください。