

<b>利用申込書</b>	申込日	令和	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  ※事業所番号は 本体・サテライト 同一です	<input type="checkbox"/> 「訪問看護ステーション かなえるはーと」から訪問 (河内長野市：6級地 10.42円) 事業所番号: 2760790218 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">FAX <b>0721-26-8384</b></div> 河内長野市 ※他地域は応相談				<input type="checkbox"/> 「サテライト富田林」から訪問 (富田林市：6級地 10.42円) 事業所番号: 2760790218 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">FAX <b>0721-26-3200</b></div> 富田林市 ※他地域は応相談		
フリガナ 氏名	( ) 様	生年 月日	大正・昭和 年 月 日 ( ) 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		
	身体障害者手帳 ( 1級・2級・級 ) 療育手帳 ( A1・B ) 老人医療証・障がい者医療証・乳幼児医療証・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1 20分未満 311単位 <input type="checkbox"/> 予訪看1 20分未満 300単位 <input type="checkbox"/> 訪看2 30分未満 467単位 <input type="checkbox"/> 予訪看2 30分未満 448単位 <input type="checkbox"/> 訪看13 30分以上1時間未満 816単位 <input type="checkbox"/> 予訪看13 30分以上1時間未満 787単位 <input type="checkbox"/> 訪看14 1時間以上1時間30分未満 1,118単位 <input type="checkbox"/> 予訪看14 1時間以上1時間30分未満 1,080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 ※初回訪問、また定期的に 看護師が同行いたします。	<input type="checkbox"/> 訪看15 (20分・40分) 20分につき 296単位 <input type="checkbox"/> 予訪看15 (20分・40分) 20分につき 286単位 <input type="checkbox"/> 訪看15・2超(60分) 20分につき 266単位 <input type="checkbox"/> 予訪看15・2超(60分) 20分につき 257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							



訪問看護ステーション かなえるはーと

〒586-0038 河内長野市上原西町25-1

TEL: 0721-26-8383 FAX: 0721-26-8384