

# 訪問看護 利用申込書

プリオ三郷訪問看護ステーション 宛  
(指定事業者番号：1161290154)

FAX：048-957-8775  
(TEL：048-933-9115)

申込日 令和 年 月 日

事業所名		TEL	
担当者名		FAX	

## ◇ ご利用者の情報

ふりがな		性別	生年月日				
氏名		男	明 ・ 大 ・ 昭				
		女	年 月 日 ( 歳 )				
住所	〒 -	TEL					
介護保険	要支援		要介護			申請中	区変中
	1	2	1	2	3		
医療保険	国保 ・ 社保 ・ 公費 ( 生活保護 ・ 特定疾患 ・ 障害 )						
主となる疾患・主症状など							
医療処置及び管理 ( 有 ・ 無 )							
<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 自己導尿				
<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 鼻腔 ・ 胃瘻 )	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 腎臓 ・ 膀胱外瘻				
<input type="checkbox"/> 注射 ( )	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 腹膜透析				
<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ	<input type="checkbox"/> 人工膀胱	<input type="checkbox"/> 疼痛管理				
<input type="checkbox"/> その他 ( )							

## ◇ ご家族・医療機関 (主治医) の情報

ふりがな		続柄	TEL		家族構成図
氏名					
医療機関名			TEL		
主治医					

## ◇ ご依頼内容の情報

ご利用開始	令和 年 月 日 から
ご利用回数	看護 ( 30 分 ・ 60 分 ・ 90 分 ) : ( ) 回/週
ご利用曜日	( 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ) ( 午前 ・ 午後 )
ご依頼のきっかけとなった内容について簡単にお知らせください。	

<備考>

<備考>
------