



# エフリオ訪問看護ステーション

## 訪問看護申込書

事業所番号：1361590316

TEL:03-5356-1267

FAX:03-6800-6657

平成

年

月

日記入

貴事業所名		電話番号	
		FAX番号	
事業所番号		担当者氏名	

ふりがな		性別	<b>家族構成</b>  キーパーソン氏名 ( ) 関係 ( ) 連絡先： 住居環境 ( 独居 ・ 高齢者世帯 ・ 家族と同居 )
利用者氏名		男 女	
生年月日	M/T/S/H 年 月 日 ( ) 歳		
住所	(〒 - )		
電話番号			

介護保険	保険者		被保険者番号	
	要介護状態区分	申請中 / 要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5 / 区変中		
	認定年月日：H	年 月 日	有効期限：H	年 月 日～H

医療保険	保険者		被保険者番号	
	後高・国保・社保・その他	公費負担医療	生保・都・障・乳・その他	

医療機関情報	医療機関名		主治医氏名	
	所在地			
	電話番号		FAX番号	
病名	主病名		既往歴	

内服薬	
-----	--

身体状況	移動 ( 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ) <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> 疼痛管理 ( 持続皮下注射・硬膜外注射 ) <input type="checkbox"/> 終末期 <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	---

依頼内容	<input type="checkbox"/> 状態管理 <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 排泄ケア <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 皮膚のケア <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	---

希望する曜日・時間帯等		月	火	水	木	金	土	日
		A M						
主治医への指示書依頼：済 ・ 未	他サービス 利用状況	P M						