



|           |  |
|-----------|--|
| 貴事業所名     |  |
| 貴事業所番号NO. |  |
| ご住所       |  |
| TEL       |  |
| FAX       |  |
| ご担当者様     |  |

お申込日 年 月 日

サービス依頼書

|            |   |             |  |  |        |   |
|------------|---|-------------|--|--|--------|---|
| ご依頼<br>看護師 | <input type="checkbox"/> 30分未満<br><input type="checkbox"/> 30分以上60分未満<br><input type="checkbox"/> 1時間以上1時間30分未満 | 療<br>法<br>士 | <input type="checkbox"/> 1回(20分)<br><input type="checkbox"/> 2回(40分)<br><input type="checkbox"/> 3回(60分) | <input type="checkbox"/> 身体機能<br><input type="checkbox"/> 言語<br><input type="checkbox"/> 摂食・嚥下 | 医<br>療 | 厚生労働大臣が定める疾病等<br><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>[ ] |
|------------|---|-------------|--|--|--------|---|

フリガナ  
 ご利用者 男・女 M・T S・H 年 月 日生( 歳)

住所 〒 -

連絡先①電話番号 キーパーソン(続柄) ( )

連絡先②電話番号(連絡先①以外でご連絡のつく連絡先)

|                      |  |   |  |
|----------------------|--|---|--|
| 介護保険                 | 予防 1・2 介護 1・2・3・4・5<br>負担割合 1割・2割・3割 申請中                   | 特定医療費(指定難病)受給者証<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 | その他(手帳・受給者証)<br><input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 被爆者手帳<br><input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 小児<br><input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> その他[ ] |
| 高齢者受給者証・後期高齢者医療被保険者証 | <input type="checkbox"/> 有 ( 割) <input type="checkbox"/> 無 | 【特定疾患名】   | <input type="checkbox"/> 小児<br><input type="checkbox"/> 慢特   |

現疾病 既往歴

感染症の有無 無  有  ( )

現在の状態  
 入院加療中( )病院 月 日 退院予定

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 指示書 | <input type="checkbox"/> インテーク(契約)時に手渡し<br>郵送 <input type="checkbox"/> 居宅・CM宛 <input type="checkbox"/> 医療機関宛の場合<br><input type="checkbox"/> 利用者様宛 <input type="checkbox"/> 医療機関・了承済<br><input type="checkbox"/> 医療機関宛 <input type="checkbox"/> ご利用者様・了承済<br><input type="checkbox"/> 指示書料・ご説明済 | 医療機関名:<br>主治医:( )科 先生<br>医療機関住所:〒<br>郵送の宛先窓口・担当者名: |
|-----|--|--|

現在のサービス日時等(それ以外の時間帯で調整いたします)

|    |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
|    | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前 |   |   |   |   |   |   |   |
| 午後 |   |   |   |   |   |   |   |

他の訪問看護ステーションの利用  有  無 ステーション名 [ ]

備考 (看護内容・リハビリ内容への要望・希望回数・その他ご希望)

事業所使用欄

|  |    |     |
|--|----|-----|
|  | 担当 | 決定日 |
|  |    |     |

指示書郵送( 月 日)