訪問看護　利用者申込書≪ケアマネージャー様用≫

**【利用者情報】**

フリガナ

名前　　　生年月日　　　　　　年　　　月　　　日　　年齢　　　　　歳

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　携帯番号　　　　　　　　　　。

○介護保険　　　　　　□未申請　　□申請中(年　月　日)　　□認定済み(年　月　日)

○要支援　□１　□２　　　　要介護　□１　□２　□３　□４　□５

○主疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　既往歴　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　。

○ADL　□自立　□一部介助　□全介助 ○医療行為の有無　□有(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　□無

○栄養　□経口　□栄養剤　　　　　　　　　　○麻痺　□有(部位：　　　　　　　)□無　　　　○気管切開　□有　　□無

○現在の状態(可能な限り詳しくお願いします)

○家族構成　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○緊急連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　(続柄：　　　)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○利用申し込みに至る経緯、注意事項　等

**サービス内容：□健康相談　□日常生活看護　□医療処置　□認知症　□リハビリ**

**【主治医】**

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　。

**【ケアマネ様】**

フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者番号　　　　　　　　　　　　　。

名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　Fax　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　。

○サ担希望日(可能な限り複数日お願いします)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　。

○介入希望日(例：毎週○曜日○時～)

第１希望

第２希望

第３希望

ブルーベリー訪問リハビリステーション　TEL03－6450－7941　　　Fax03－6450－7951