

（グリーンメディ訪問看護ステーション明大前）

FAX 03-6770-5339

新規ご利用者様お申し込み票

お申込日： 年 月 日
事業所名：
ご担当者様氏名：
Tel： Fax：

☐ にチェックを入れてください。

☐ 看護主体 (NS) 主体 ・ ☐ リハビリ (PT) 主体

フリガナ							
ご利用者様氏名							
生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日 (才)	性別	男性 ・ 女性	
ご利用者様住所	〒				お電話番号	- -	
介護保険 ※介護保険ご利用の方のみ	要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			被保険者番号		
	限度額 適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日				負担割合	
医療保険 ※医療保険ご利用の方のみ	保険証種別						
※マル都、マル障などの医療券等をお持ちの方も御記入下さい							
主な病名・既往 症 (麻痺・症状など)							
現在の介護状況	◆現在の環境： 在宅療養中 ・ 入院中(退院予定日)						
	◆寝たきり度： J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2						
主たる介護者	◆お名前：			◆年齢：		◆続柄：	
	◆ご連絡先Tel：						
訪問看護・リハビリ を導入する目的・ 要望							
医療機関	◆名称：			◆主治医氏名：			
	◆所在地：			◆電話番号：			
	◆主治医様からのご了承： (済 ・ 未)						
※訪問看護の導入には主治医より『訪問看護指示書』をご作成いただく必要がございます。 ご家族様、もしくはCM様より、主治医の先生に訪問看護の導入についてご相談いただけますようお願い致します。							
他サービス予定 ※現在ご利用中のサービスに○を付けてください	月	☐ 訪問介護	☐ 訪問入浴	☐ 訪問看護	☐ 訪問リハ	☐ 通所介護	☐ 通所リハ 利用時間()
	火	☐ 訪問介護	☐ 訪問入浴	☐ 訪問看護	☐ 訪問リハ	☐ 通所介護	☐ 通所リハ 利用時間()
	水	☐ 訪問介護	☐ 訪問入浴	☐ 訪問看護	☐ 訪問リハ	☐ 通所介護	☐ 通所リハ 利用時間()
	木	☐ 訪問介護	☐ 訪問入浴	☐ 訪問看護	☐ 訪問リハ	☐ 通所介護	☐ 通所リハ 利用時間()
	金	☐ 訪問介護	☐ 訪問入浴	☐ 訪問看護	☐ 訪問リハ	☐ 通所介護	☐ 通所リハ 利用時間()
	土	☐ 訪問介護	☐ 訪問入浴	☐ 訪問看護	☐ 訪問リハ	☐ 通所介護	☐ 通所リハ 利用時間()
	日	☐ 訪問介護	☐ 訪問入浴	☐ 訪問看護	☐ 訪問リハ	☐ 通所介護	☐ 通所リハ 利用時間()
	その他 利用サービス		☐ ショートステイ ☐ 福祉用具貸与 ☐ その他()				
備考							
※訪問ご希望日等、特筆事項がございましたらお書き添え下さい。							