

利用申込書		申込日			平成 年 月 日			ご担当者	
		事業所名			事業所番号				
		TEL			FAX				
サービス提供先 <small>※事業所番号は 本体・サテライト 同一です</small>	<input type="checkbox"/> 「かなえるリハビリ訪問看護ステーション 河内長野」から訪問（河内長野市：6級地 10.42円） 事業所番号: 2760790184 FAX 0721-63-3377 河内長野市 ※他地域は応相談				<input type="checkbox"/> 「サテライト富田林」から訪問 （富田林市：6級地 10.42円） 事業所番号: 2760790184 FAX 0721-26-3200 富田林市 ※他地域は応相談				
	フリガナ 氏名	() 様		生年 月日	大正・昭和 年 月 日 () 才		平成 男・女		
住所	〒 ◆電話 () ◆キーパーソン () ◆連絡先 ()								
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		生保	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
身体障害者手帳（1級・2級・級） 療育手帳（A1・B） 老人医療証・障がい者医療証・乳幼児医療証・ひとり親家庭医療証									
<input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病受給者証		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中→(/) 申請 疾患名： 限度額： 円							
主治医	主治医への確認 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 *訪問看護指示書の発行が必要となります。ご確認願います。 医療機関名： () 科) 先生								
他の訪問看護ステーションの利用	() 訪問看護ステーション) 職種 NS・PT・OT・ST サービス内容 () *他のステーションとの同日訪問は、減算又は算定不可場合があります。								
疾病・既往歴 <input type="checkbox"/> () 病院) 入院加療中 (/) 退院予定 退院前カンファレンス予定 <input type="checkbox"/> 有 (/ : ~開催) <input type="checkbox"/> 無 , 参加希望 有・無									
看護師	<input type="checkbox"/> 訪看I1 20分未満 311単位 <input type="checkbox"/> 訪看I2 30分未満 467単位 <input type="checkbox"/> 訪看I3 30分以上1時間未満 816単位 <input type="checkbox"/> 訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,118単位		<input type="checkbox"/> 予訪看I1 20分未満 300単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I2 30分未満 448単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I3 30分以上1時間未満 787単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,080単位		緊急時ご利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
ケア内容	<input type="checkbox"/> カテーテル・カニューレ等管理（特1） <input type="checkbox"/> ターミナルケア（特2） <input type="checkbox"/> 全身状態観察 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置・予防 <input type="checkbox"/> 入浴介助・清拭 <input type="checkbox"/> 排泄ケア <input type="checkbox"/> 食事・栄養等 <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈・点滴・輸液ポンプ管理 <input type="checkbox"/> 酸素等管理 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析等 <input type="checkbox"/> 在宅用医療機器類の管理								
療法士 <small>※初回訪問、また定期的に 看護師が同行いたします。</small>	<input type="checkbox"/> 訪看I5（20分・40分）20分につき 296単位 <input type="checkbox"/> 訪看I5・2超（60分）20分につき 266単位		<input type="checkbox"/> 予訪看I5（20分・40分）20分につき 286単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I5・2超（60分）20分につき 257単位						
ケア内容	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 嚥下								
【サービス希望内容・留意点】									
		月	火	水	木	金	土	日	
午前									
午後									
事業所使用欄									

∞ かなえるリハビリ訪問看護ステーション河内長野

〒586-0048 河内長野市三日市町240-1 三日市グリーンハイツ 103号室
 TEL: 0721-63-3355 FAX: 0721-63-3377