

<h1>利用申込書</h1>	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本体から訪問 事業所番号 2761890090 (2級地 11.12円) FAX 06-6531-3510 大阪市内 23 区			<input type="checkbox"/> サテライト南港から訪問 (2級地 11.12円) FAX 06-6616-1188 大阪市住之江区			
	<input type="checkbox"/> サテライト東から訪問 (大東市：3級地 11.05円) FAX 072-870-3457 池田市・茨木市・柏原市・交野市・門真市・四條畷市・吹田市・摂津市・大東市・高槻市・豊中市・豊能郡能勢町・豊能郡豊能町・寝屋川市・東大阪市・枚方市・三島郡島本町・箕面市・守口市・八尾市 ※五十音順			<input type="checkbox"/> サテライト泉州から訪問 (岸和田市：6級地 10.42円) FAX 072-423-0568 泉大津市・泉佐野市・和泉市・貝塚市・岸和田市・堺市内・泉南郡熊取町・泉南郡田尻町・泉南郡岬町・泉南市・泉北郡忠岡町・高石市・阪南市 ※五十音順			
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	□1割 □2割 □3割		生保	□有 □無	
公費等	<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				
	<input type="checkbox"/> 乳幼児医療証 <input type="checkbox"/> こども医療証 <input type="checkbox"/> 障がい者医療証 <input type="checkbox"/> 老人医療証 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療証						
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、減算又は算定不可の場合があります。						
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		<small>※サービス提供体制強化加算 6単位算定します</small>		
療法師 <small>※初回訪問は 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		<small>※サービス提供体制強化加算 一回につき6単位算定します</small>		
【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							