

利用申込書	申込日	令和 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	事業所番号 2761190566 <b>かなえるリハビリ訪問看護ステーション岸和田から訪問</b> (岸和田市：6級地 10.42円) <b>岸和田市・貝塚市・泉大津市・忠岡町</b> ※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・令和 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。ご確認ください。 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。						
<b>疾病・既往歴</b> <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11 20分未満 <b>311単位</b> <input type="checkbox"/> 訪看12 30分未満 <b>467単位</b> <input type="checkbox"/> 訪看13 30分以上1時間未満 <b>816単位</b> <input type="checkbox"/> 訪看14 1時間以上1時間30分未満 <b>1,118単位</b>						<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ターミナルケア <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	<input type="checkbox"/> 訪看15 ( 20分・40分 ) 20分につき <b>296単位</b> <input type="checkbox"/> 訪看15・2超 ( 60分 ) 20分につき <b>266単位</b>			<input type="checkbox"/> 予訪看15 ( 20分・40分 ) 20分につき <b>286単位</b> <input type="checkbox"/> 予訪看15・2超 ( 60分 ) 20分につき <b>257単位</b>			
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岸和田

〒596-0044 岸和田市西之内町9-67 2F TEL：072-423-0567 FAX：072-423-0568