

| 利用申込書   |   | 申込日  | 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<br>※事業所番号は<br>本体・サテライト<br>同一です  | <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<br>事業所番号 2761890090 (2級地 11.12円)  |      | <b>FAX 06-6531-3510</b>  |                        | <b>大阪市内 10 区</b><br><small>住之江区・住吉区を除く</small>   |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> サテライト東淀川から訪問<br>(2級地 11.12円)   |      | <b>FAX 06-6370-2331</b>  |                        | <b>大阪市 (北区・都島区・東淀川区)</b>   |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> サテライト西淀川から訪問<br>(2級地 11.12円)   |      | <b>FAX 06-6476-3704</b>  |                        | <b>大阪市 (此花区・福島区・淀川区・西淀川区)</b>  |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> サテライト平野から訪問<br>(2級地 11.12円)  |      | <b>FAX 06-6795-5101</b>  |                        | <b>大阪市 (阿倍野区・東住吉区・平野区・生野区)</b>   |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> サテライト鶴見から訪問<br>(2級地 11.12円)  |      | <b>FAX 06-4257-3701</b>  |                        | <b>大阪市 (鶴見区・城東区・東成区・旭区)</b>  |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> サテライト東から訪問<br>(大東市：3級地 11.05円)   |      | <b>FAX 072-870-3457</b>  |                        | <small>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・豊能郡豊能町・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 ※五十首順</small>   |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ<br>氏名  | ( ) 様   |      | 生年月日   | 大正・昭和 年 月 日 ( 才)<br>平成 |  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所  | 〒 ( )   |      | ◆電話 ( )  |                        | ◆キーパーソン ( )<br>◆連絡先 ( )  |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護度   | 要支援 1 ・ 2<br>要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5  |      | 負担割合   |                        | <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割<br><input type="checkbox"/> 3割   |   | 生保 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費等   | <input type="checkbox"/> 特定医療費 (指定難病) 受給者証<br><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<br>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。<br>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<br>サービス内容 ( )<br>*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<br>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 <b>467単位</b><br><input type="checkbox"/> 訪看I3 30分以上1時間未満 <b>816単位</b><br><input type="checkbox"/> 訪看I4 1時間以上1時間30分未満 <b>1,118単位</b> |      | <input type="checkbox"/> 予訪看I2 30分未満 <b>448単位</b><br><input type="checkbox"/> 予訪看I3 30分以上1時間未満 <b>787単位</b><br><input type="checkbox"/> 予訪看I4 1時間以上1時間30分未満 <b>1,080単位</b> |                        | ※サービス提供体制強化加算 6単位算定します   |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 療法士<br>※初回訪問は<br>看護師が同行いたします。   | <input type="checkbox"/> 訪看I5 (20分・40分) 20分につき <b>296単位</b><br><input type="checkbox"/> 訪看I5・2超 (60分) 20分につき <b>266単位</b>   |      | <input type="checkbox"/> 予訪看I5 (20分・40分) 20分につき <b>286単位</b><br><input type="checkbox"/> 予訪看I5・2超 (60分) 20分につき <b>257単位</b>  |                        | ※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  |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 【サービス希望内容・留意点】  |   |      |  |                        |  |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |   |      |  |                        |  |   |  |  |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 午前 |  |  |  |  |  |  |  | 午後 |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 月   | 火    | 水  | 木                      | 金  | 土   | 日  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 午前  |   |      |  |                        |  |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後  |   |      |  |                        |  |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所使用欄  |   |      |  |                        |  |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |