

| 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><small>※事業所番号は<br/>本体・サテライト<br/>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住之江」から訪問 (2級地 11.12円)<br>事業所番号: 2765990276<br><b>FAX 06-4701-8556</b><br>住之江区・住吉区 ※他地域は応相談  |   |   |       | <input type="checkbox"/> 「サテライト南港」から訪問 (2級地 11.12円)<br><b>FAX 06-6616-1188</b><br>住之江区南港 ※他地域は応相談 |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ<br>氏名  | ( )<br>様  | 生年<br>月日  | 大正・昭和 年 月 日 ( 才 )<br>平成 男・女   |       |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所  | 〒<br>◆電話 ( ) ◆キーパーソン ( ) ◆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   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 身体障害者手帳 ( 1級・2級・級 ) 療育手帳 ( A1・B )<br>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<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 |   |       |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 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I1 20分未満 311単位<br><input type="checkbox"/> 訪看I2 30分未満 467単位<br><input type="checkbox"/> 訪看I3 30分以上1時間未満 816単位<br><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<br><input type="checkbox"/> 予訪看I2 30分未満 448単位<br><input type="checkbox"/> 予訪看I3 30分以上1時間未満 787単位<br><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<br><input type="checkbox"/> あり<br><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<br><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<br><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<br><small>※初回訪問、また定期的に<br/>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<br><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<br><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】  |   |   |   |       |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| <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  |   |   |   |       |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |

## かなえるリハビリ訪問看護ステーション住之江

〒559-0001 大阪市住之江区粉浜3-15-9 コテジャルダン203号室  
TEL 06-4701-8554 FAX 06-4701-8556