

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 ※事業所番号は 本体・サテライト 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 事業所番号 2761890090 (2級地 11.12円)		FAX 06-6531-3510		大阪市内 10 区 住之江区・住吉区を除く			
	<input type="checkbox"/> サテライト東淀川から訪問 (2級地 11.12円)		FAX 06-6370-2331		大阪市 (北区・都島区・東淀川区)			
	<input type="checkbox"/> サテライト西淀川から訪問 (2級地 11.12円)		FAX 06-6476-3704		大阪市 (此花区・福島区・淀川区・西淀川区)			
	<input type="checkbox"/> サテライト平野から訪問 (2級地 11.12円)		FAX 06-6795-5101		大阪市 (阿倍野区・東住吉区・平野区・生野区)			
	<input type="checkbox"/> サテライト鶴見から訪問 (2級地 11.12円)		FAX 06-4257-3701		大阪市 (鶴見区・城東区・東成区・旭区)			
	<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		<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	()		生年月日	大正・昭和 年 月 日 (才)		平成		
氏名	様					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
住所	〒		◆キーパーソン ()		◆連絡先 ()			
◆電話 ()								
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	
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 469単位 <input type="checkbox"/> 訪看I3 30分以上1時間未満 819単位 <input type="checkbox"/> 訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,122単位		<input type="checkbox"/> 予訪看I2 30分未満 449単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I3 30分以上1時間未満 790単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,084単位		<small>※サービス提供体制強化加算 6単位算定します</small>			
療法士	<input type="checkbox"/> 訪看I5 (20分・40分) 20分につき 297単位 <input type="checkbox"/> 訪看I5・2超 (60分) 20分につき 267単位		<input type="checkbox"/> 予訪看I5 (20分・40分) 20分につき 287単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I5・2超 (60分) 20分につき 258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								