

<h1>利用申込書</h1>	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 <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 <small>事業所番号 2761890090 (2級地 11.12円)</small>	FAX 06-6531-3510	大阪市内 10区 <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 <small>(2級地 11.12円)</small>	FAX 06-6370-2331	大阪市 (東淀川区・淀川区)
	<input type="checkbox"/> サテライト西淀川から訪問 <small>(2級地 11.12円)</small>	FAX 06-6476-3704	大阪市 (此花区・福島区・西淀川区)
	<input type="checkbox"/> サテライト平野から訪問 <small>(2級地 11.12円)</small>	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 <small>(2級地 11.12円)</small>	FAX 06-4257-3701	大阪市 (東成区・城東区・鶴見区・旭区)
	<input type="checkbox"/> サテライト北から訪問 <small>(2級地 11.12円)</small>	FAX 06-6354-1031	大阪市 (北区・都島区)
	<input type="checkbox"/> サテライト東から訪問 <small>(大東市：3級地 11.05円)</small>	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 ※五十音順</small>

フリガナ 氏名	() 様	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	()才	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
------------	----------	------	----------------	---	---	---	------	---

住所	〒	◆キーパーソン ()
	◆電話 ()	◆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
-----	--------------------------	------	--	----	---

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							
--------	--	--	--	--	--	--	--