

<b>利用申込書</b>	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 2761090238 <input type="checkbox"/> 「 <b>かなえるリハビリ訪問看護ステーション西淀川</b> 」から訪問 <b>(2級地 11.12円)</b> 西淀川区・福島区・此花区 ※他地域は応相談 <div style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;"> <b>FAX 06-6476-3704</b> </div>						
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		
各種手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( A1・B ) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 障がい者医療証 <input type="checkbox"/> 乳幼児医療証 <input type="checkbox"/> 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I1 20分未満 <b>313単位</b> <input type="checkbox"/> 予訪看I1 20分未満 <b>302単位</b> <input type="checkbox"/> 訪看I2 30分未満 <b>470単位</b> <input type="checkbox"/> 予訪看I2 30分未満 <b>450単位</b> <input type="checkbox"/> 訪看I3 30分以上1時間未満 <b>821単位</b> <input type="checkbox"/> 予訪看I3 30分以上1時間未満 <b>792単位</b> <input type="checkbox"/> 訪看I4 1時間以上1時間30分未満 <b>1,125単位</b> <input type="checkbox"/> 予訪看I4 1時間以上1時間30分未満 <b>1,087単位</b>					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 <small>※初回訪問、また定期的に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 <b>293単位</b> <input type="checkbox"/> 予訪看I5 (20分・40分) 20分につき <b>283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西淀川

〒555-0033 大阪市西淀川区姫島1-18-12 ロワール三恵1F

TEL 06-6476-3703 FAX 06-6476-3704