

<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	-

  

<b>サービス提供先</b> <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 事業所番号 2761890090 (2級地 11.12円)	<b>FAX 06-6531-3510</b>	<b>大阪市</b> <small>西区・中央区・天王寺区 浪速区・大正区・港区・西成区</small>
	<input type="checkbox"/> サテライト東淀川から訪問 (2級地 11.12円)	<b>FAX 06-6370-2331</b>	大阪市 (東淀川区・淀川区)
	<input type="checkbox"/> サテライト平野から訪問 (2級地 11.12円)	<b>FAX 06-6795-5101</b>	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)	<b>FAX 06-4257-3701</b>	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 (2級地 11.12円)	<b>FAX 06-6354-1031</b>	大阪市 (北区・都島区)
	<input type="checkbox"/> サテライト東から訪問 (3級地 11.05円)	<b>FAX 072-870-3457</b>	<small>池田市・茨木市・柏原市・門真市・四條畷市・吹田市・摂津市・ 大東市・高槻市・豊中市・豊能郡能勢町・豊能郡豊能町・ 東大阪市・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"/> 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 470単位		<input type="checkbox"/> 予訪看I2 30分未満 450単位					
	<input type="checkbox"/> 訪看I3 30分以上1時間未満 821単位		<input type="checkbox"/> 予訪看I3 30分以上1時間未満 792単位					
	<input type="checkbox"/> 訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,125単位		<input type="checkbox"/> 予訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,087単位		※サービス提供体制強化加算 一回につき3単位算定します			
療法士 <small>※初回訪問は 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 293単位		<input type="checkbox"/> 予訪看I5 (20分・40分) 20分につき 283単位		※サービス提供体制強化加算 一回につき3単位算定します			
【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								