

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 <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住之江」から訪問 (2級地 11.12円) 事業所番号: 2765990276 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">FAX 06-4701-8556</div> 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) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">FAX 06-6616-1188</div> 住之江区南港 ※他地域は応相談			
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、減算又は算定不可の場合があります。						
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I1 20分未満 313単位 <input type="checkbox"/> 訪看I2 30分未満 470単位 <input type="checkbox"/> 訪看I3 30分以上1時間未満 821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I1 20分未満 302単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I2 30分未満 450単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I3 30分以上1時間未満 792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 <small>※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</small>	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 293単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I5 (20分・40分) 20分につき 283単位 <small>※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</small>						
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							



〒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