



# アンド訪問看護ステーション 利用申込書

申込日： 年 月 日

申込者がケアマネージャー様（重複する項目は右欄のみ記載）

## 【居宅介護支援事業所の情報】

申込者氏名	
電話番号	
住所	〒
所属事業所名	
備考	

居宅介護支援事業所名	
事業所番号	
電話番号	
FAX番号	
住所	〒
担当ケアマネージャー	
備考	

## 【ご利用者様の情報】 ※以下は該当する項目にわかる範囲でご記入下さい。

(ふりがな)		生年月日	大・昭・平・令・西暦	年	月	日
氏名		性別	男 女	年齢		歳
住所	〒		駐車場	<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> コインパーキング		
	建物名			電話番号	<input type="checkbox"/> 路上駐車 <input type="checkbox"/> その他	
主たる疾患				特記事項		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院（退院予定： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 施設（退所予定： 年 月 日）					
	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族：					
緊急連絡先		続柄	同居・別居：	電話番号		

## 【介護保険・医療保険・公費について】

介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 要支援（1・2） <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中				
	負担割合	割	認定期間	年 月 日～	年 月 日	
	被保険者番号				認定日	年 月 日
医療保険	保険種類	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他：				
	保険者番号	記号		被保険者番号	負担割合	割
公費	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 重度障害 <input type="checkbox"/> 精神科自立支援医療（限度額 円） <input type="checkbox"/> その他：					

## 【主治医に関する情報】

医療機関名		主治医	
連絡先		担当者	
訪問看護指示書	<input type="checkbox"/> 了承済み <input type="checkbox"/> まだ相談をしていない		

## 【ご利用の詳細】

依頼目的						
依頼するサービス内容	<input type="checkbox"/> 状態観察 <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 創部処置 <input type="checkbox"/> 家族支援 <input type="checkbox"/> 療養相談 <input type="checkbox"/> 精神的支援					
特記事項	<input type="checkbox"/> その他					
ご利用曜日と時間						
初回訪問日	月 日 ( )	時 分～	サービス担当者会議	月 日 ( )	時 分～	
備考						

※その他、状況がわかるもの（フェイスシートなど）あれば添付をお願いします。なお、添付書類と重複している項目は記入不要です。

医療法人社団SUI アンド訪問看護ステーション（事業所番号：1460290437）

〒221-0013 横浜市神奈川区新子安1-2-4 オルトヨコハマビジネスセンター4階

TEL:045-717-5780 FAX:045-717-5785 Email: info@and-nurse.com URL:https://and-nurse.com