

利用申込書

ケイズリハビリ訪問看護ステーション

事業所番号 1361590217

FAX

03-5335-9703

サービス提供範囲: 杉並区・練馬区・中野区・武蔵野市 ※その他地域は応相談

貴事業所名			ご担当者様名				
TEL			FAX				
利用者情報	フリガナ 利用者名			生年 月日	大・昭 平・令 年 月 日 歳		
	住所	〒 ◆電話 ()					
	キーパーソン	続柄:	連絡先				
	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	介護保険証番号				
	医療保険証番号		負担割合	割	生保	有・無	
主治医	医療機関名			身障者手帳	有・無	特定医療受給者証	有・無
	指示書	作成依頼 済・未 (依頼日: 月 日)					
医療情報	疾患名						
	病歴						
ご依頼内容	看護	<input type="checkbox"/> 30分未満 <input type="checkbox"/> 30分以上60分未満 <input type="checkbox"/> 60分以上90分未満					
	リハビリ	<input type="checkbox"/> 40分 <input type="checkbox"/> 60分					
	ケア内容	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 屋外歩行訓練 <input type="checkbox"/> 健康相談(体調管理) <input type="checkbox"/> 清潔の援助(入浴・足浴・洗髪等) <input type="checkbox"/> 医師の指示による医療処置(カテーテル等の管理) <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他					
	希望曜日・時間等						
備考							

今回、当ステーションにご依頼いただいたきっかけを教えてください。 ※当てはまるも全てにご記入ください。

- ホームページを見て 営業にきたから FAXのちらしを見て 利用者がちらしを持ってきた
居宅事業所から近い ご利用者宅から近い 以前に利用し良いと思った
その他()