訪問看護申込書 ①基本情報

申込日:平成　　年　　月　　日

訪問看護(リハビリ)を利用したいので、下記の通り申し込みます。

申込み事業者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話:　　ー　　ー

申込み担当者(職種) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ FAX:　　ー　　ー

(フリガナ)

申込み利用者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 性別　（　男　・　女　）

生年月日　M・T・S・H　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日生　（　　歳　）

住　所　〒　　－

※住宅地図の添付をお願いいたします。

電　話　　ー　　ー

緊急連絡先　　ー　　ー　　(続柄:

●医療機関情報　※医療機関は訪問看護指示書を依頼する医療機関名、主治医はフルネームをご記入下さい

かかりつけの医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科＿＿＿＿＿＿＿＿医師

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話　　―　　―

●介護保険等　※介護保険証のコピーがありましたら添付して下さい。

介護保険(介護度)　要支援(　1　2　)　・　要介護(　1　2　3　4　5　)　申請中

介護保険被保険者番号		負担割合
市町村番号		1割　・　2割　・　3割
被保険者番号		
有効期限		

障害者手帳　無　・　有　(　　)種　(　　)級

重度障がい者医療費助成　無　・　有

特定疾患の認定　無　・　有　(　認定疾患名:　　)

●現在ご利用中のサービスについて

サービス内容	サービス事業者名	利用頻度および曜日
訪問介護		
訪問看護		
訪問入浴		
通所リハビリ		
通所介護		
短期入所生活介護		
短期入所療養介護		
その他のサービス		

(医)らぽーる新潟・ゆきよし訪問看護ステーション

訪問看護申込書 ②-1 利用者情報

【利用者氏名　　様】

●訪問看護を希望する動機又はきっかけをご記入下さい	
●具体的な訪問内容の希望をご記入下さい	
●医療処置 （ なし ・ あり……下記もご記入下さい）	●希望看護内容
1.自動腹膜潅流装置　2.透析液供給装置　3.酸素療法 4.吸引　5.中心静脈栄養　6.輸液ポンプ 7.経管栄養　（経鼻・胃瘻）　8.留置カテーテル 9.人工呼吸器　10.気管カニューレ　11.ドレーン 12.人工肛門　13.人口膀胱　14.インスリン注射 15.排便処置　16.その他（	

※分かる範囲内でご記入下さい。

輸血経験	なし	あり（　　年頃）	薬剤アレルギー	なし	あり（　　年頃）
食物アレルギー	なし	あり（　　年頃）	結核既往	なし	あり（　　年頃）
感染症	なし・不明	あり（　　）			

●希望するリハビリの内容を〇で囲んで下さい。

1. 手足を動かす訓練	2. 起き上がり訓練	3. 立ち上がり訓練	4. 歩行訓練 （ 屋外 ・ 屋内 ）
5. 入浴訓練	6. トイレ動作訓練	7. 衣類の着替え訓練	8. 家庭でできる体操の訓練
9. 寝たきり予防指導	10. 生活指導	11. 住宅改造の相談	12. 転倒予防訓練と指導
13. 筋力強化訓練	14. 関節可動域訓練	15. 口腔ケア	16. 言語訓練
17. 嚥下訓練	18. その他 ※具体的に（　　）		

●既往歴・現病歴	
最終退院歴　　年　　月　　日	
●内服薬	●家族構成
●特記事項	
	主介護者（　　）

（医）らぽーる新潟・ゆきよし訪問看護ステーション

訪問看護申込書 ②-2 利用者情報

食　事	自立 一部介助 全介助	嚥下障害	なし　あり
		経　口	常食　流動食　刻み食　ミキサー食　とろみ食
		経　管	胃ろう　腸ろう
		義　歯	なし　あり　（　部分　・総義歯）
排　尿	自立 一部介助 全介助	尿　意	なし　あり
		方　法	トイレ　ポータブル　オムツ　カテーテル等
排　便	自立 一部介助 全介助	便　意	なし　あり
		方　法	トイレ　ポータブル　オムツ
		下剤使用	なし　あり
移　動	自立 一部介助 全介助	方　法	独歩　車椅子　歩行器　その他（　　）
清　潔	自立 一部介助 全介助	方　法	浴槽入浴　シャワー浴　清拭
睡　眠	良　不良	眠剤の使用 ： なし　あり（	
意思伝達	良　不良		
理解力	良　不良		
言語障害	なし　あり	（	
認知症	なし　あり	診断： S ・ H　年 内服： なし　あり	
視力障害	なし　あり	（　右　・　左　）	
難　聴	なし　あり	（　右　・　左　）	
関節拘縮	なし　あり	部位　（　　）	
麻　痺	なし　あり	部位　（　　）	
知覚異常	なし　あり	部位　（　　）	

（医）らぽーる新潟・ゆきよし訪問看護ステーション