訪問看雑々	テーション	あゆみ			申込書		西暦	20	年	月	日	
訪問看護ステーションあゆみ 町田市南町田2−1−45 SAKAEビル4F				申込者名			20		,,	н		
TEL: 042-799-6556				-								
FAX:042-799-6567				住所								
事業所番号:1367194129				電話番号								
					FAX番号							
ふりがな					性別	家族構成						
利用者氏名					男 女							
生年月日	M/T/S/H	年	月	日(」 <u> </u>							
	(〒	-)	•								
住 所						キーパーン	15.7.			関係()	
						7 //	/ <u>/</u>			大	/	
ご自宅駐車場		きの駐車利	 聞・	 可能 / オ	 「可能	連絡先:						
電話番号			1713 .	-3 86 / 1	-3 86	住環境(神 民・	三龄 老#	+	家族と同	臣)	
电叩田力	保険者					被保険者			- m	水灰CI□	<i>/</i> □ /	
介護保険	要介護状態区分 申請中(/ 調査) / 要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5 / 区変中											
	認定年月日: 年 月 日 有効期限: R 年 月 日 ~ R 年 月 日											
医療保険	保険者 後高	」 5 国保	社保・そ	の他		被保険者		保 都	陪 到	、その他		
	医療機関			, 07 IE		主治医		내 제.	<u> </u>			
医療機関情報	電話番号					FAX番号						
	所在地											
	主たる											
病 名	傷病名					既往歴						
	移動(白立	一部介則	h 全介助)	排泄(白	立 一部介	 助 全介助) 音思码	通(白力	- <u>-</u> +	水介肋 全	介 助)	
	移動(自立 一部介助 全介助) 排泄(自立 一部介助 全介助) 意思疎通(自立 一部介助 全介助) 入浴(自立 一部介助 全介助) 着替え(自立 一部介助 全介助) 食事(自立 一部介助 全介助)											
身体状況	=				 		T4 					
		□胃瘻 闁•人工膀腸	□ポート *		□気官切り 置カテーテク	開 □在宅 川。	酸素					
	□その他(VL	山灰机田	但刀丿─丿.	, v)				
		月	火	水	木	金	土	日	_			
д гу⇒	АМ									く現在、また		
サービス	, 1141								Ţ.	Eされている	5 サーヒ	

r										
	□看護状	態管理	□清潔ケア	口排泄ケ	アーロ服薬	整管理 口	栄養管理	口皮膚ケア	口看取り	
	ロリハビリ	J(PT/OT	/どちらでも)		□その他()
	要望·希望									
	含む									
圣世同 粉	' ⊞	同类组		(手=#	.u.s.=+.	の担合 ロ	.v.油 同	1 手誰 1 田	E)	
希望回数	週	回希望		(1)	(看護・リハ両方の場合 リハ:週 回 看護:週 回)					
		月	火	水	木	金	その	他:いつでもホ	構わない	
			I							

居宅事業所

担当CM:

FAX:

ス状況を記載してく

ださい。

(上記、申込者と同様の場合は、記載不要)

希望の枠に【〇】印をつけてください。

記載してください。

※時間指定がある場合は、その時間を枠に

申込者・担当CMの方へ

希望曜日

ΑM

PM

ΡМ

事業所名: TEL:

サービス 利用状況

- ①主治医へ指示書発行の依頼をお願い致します。 ②指示書が当事業所に到着してから、契約の日取りを決めさせていただきます。 ③きめ細かいサービスを行うため、お手持ちの利用者情報の提供をお願い致します。