

# 訪 問 看 護 申 込 書

令和 年 月 日

ふりがな			生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳																					
利用者氏名																									
利用者住所			電話																						
上記以外の 連絡先	氏名(続柄)	( )	電話																						
申し込みの 理由	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 状態の観察</td> <td style="width: 50%;">5. 環境整備</td> </tr> <tr> <td>2. 療養相談・介護相談と指導</td> <td>6. 精神・認知症の看護</td> </tr> <tr> <td>3. 日常生活の世話</td> <td>7. 医師の指示・医療処置</td> </tr> <tr> <td>4. 機能訓練</td> <td>8. その他</td> </tr> </table>					1. 状態の観察	5. 環境整備	2. 療養相談・介護相談と指導	6. 精神・認知症の看護	3. 日常生活の世話	7. 医師の指示・医療処置	4. 機能訓練	8. その他												
1. 状態の観察	5. 環境整備																								
2. 療養相談・介護相談と指導	6. 精神・認知症の看護																								
3. 日常生活の世話	7. 医師の指示・医療処置																								
4. 機能訓練	8. その他																								
利用に 際しての 確認事項	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 24時間対応体制を</td> <td style="width: 10%;">希望する</td> <td style="width: 10%;">希望しない</td> <td style="width: 10%;">希望する</td> <td style="width: 10%;">希望しない</td> </tr> <tr> <td>2. 市町村及び関係機関への情報提供実施に関して</td> <td>同意する</td> <td>同意しない</td> <td>同意する</td> <td>同意しない</td> </tr> <tr> <td>3. 市町村及び関係機関への情報提供書提出について</td> <td>同意する</td> <td>同意しない</td> <td>同意する</td> <td>同意しない</td> </tr> <tr> <td>4. 居宅支援専門員に、定期的に訪問看護実施状況の情報提供を</td> <td>同意する</td> <td>同意しない</td> <td>同意する</td> <td>同意しない</td> </tr> </table>					1. 24時間対応体制を	希望する	希望しない	希望する	希望しない	2. 市町村及び関係機関への情報提供実施に関して	同意する	同意しない	同意する	同意しない	3. 市町村及び関係機関への情報提供書提出について	同意する	同意しない	同意する	同意しない	4. 居宅支援専門員に、定期的に訪問看護実施状況の情報提供を	同意する	同意しない	同意する	同意しない
1. 24時間対応体制を	希望する	希望しない	希望する	希望しない																					
2. 市町村及び関係機関への情報提供実施に関して	同意する	同意しない	同意する	同意しない																					
3. 市町村及び関係機関への情報提供書提出について	同意する	同意しない	同意する	同意しない																					
4. 居宅支援専門員に、定期的に訪問看護実施状況の情報提供を	同意する	同意しない	同意する	同意しない																					
医療機関	医療法人慈愛会 向井病院		主治医氏名	向井貴美江																					
健康保険	有効期限	平成 年 月 日	記号	番号																					
被保険者氏名																									
保険者番号			保険者の名称																						
後期高齢者医療	1. 有	2. 無	公費負担制度	1. 有 2. 無 3. 申請中																					
市町村番号			負担者番号																						
受給者番号			受給者番号																						
生活保護	1. 受給中 2. 無		3. 申請中 身体障害者手帳・精神障害者手帳 無・申請中・有(種 級)																						

申込者氏名

印

続 柄

申込者住所

電 話 番 号