



TEL 03-6657-5765

申込日： 年 月 日

お申込者様	担当介護支援専門員（ケアマネジャー）・MSW・看護師		病院・事業所名	
	フリガナ			
	氏名			
	事業所番号		電話番号	FAX番号

ご利用者の情報	フリガナ		性別		生年月日		年齢		
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		歳		
	住所		連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設	電話番号				
	介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中（ 年 月 日付で申請） <input type="checkbox"/> 認定済 年 月 日							
		保険者の名称		被保険者番号		負担割合		割	
		要介護状態区分等	要支援		要介護			交付年月日	年 月 日
		1	2	1	2	3	4	5	
	認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで							
	医療保険	種類	社保 ・ 国保 ・ 後期高齢 ・ 公費単独						
		保険者番号		記号		番号		負担割合	割
緊急連絡先	ご家族	続柄	フリガナ		性別	電話番号			
			氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	主治医	医療機関名称			主治医		電話番号		

サービスの内容	<input type="checkbox"/> 健康相談（症状観察、血圧測定など）	<input type="checkbox"/> リハビリ
	<input type="checkbox"/> 日常生活の看護（清潔の世話、その他）	<input type="checkbox"/> 認知症の看護
	<input type="checkbox"/> 医師の指示による医療処置（カテーテルの交換、 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置	
	<input type="checkbox"/> 家屋改善の相談	<input type="checkbox"/> 介護相談
	<input type="checkbox"/> 内服管理	<input type="checkbox"/> ターミナルケア
	<input type="checkbox"/> その他	

	希望曜日						
	月	火	水	木	金	土	日
午前						—	—
午後						—	—

家族構成図	健康状態（麻痺等）	通院状況
	服用薬情報	
	病歴等	
	ペット 有 無 種類（ ）	食物・薬物アレルギーの有無
同居家族は○で囲む	食物・食物アレルギー 有 無（内容）	感染症 有 無（内容）

訪問看護指示書 未依頼 依頼済：依頼した日：（ ）内容：（ 特指示 ・ 点滴指示 ・ 精神指示 ・ 精神特指示 ）

利用申し込みに至る経緯、ご家族の習慣的・個別的な介護方法、今現在困っていることなどをわかる範囲でご記入ください