

訪問看護申込書

令和 年 月 日

田子町長 山本 晴美 殿

申込者

住所

氏名

印

(利用者との続柄

)

電話

- -

記

田子町訪問看護ステーションの訪問看護事業を利用したいので、申込みします。

利用者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日生 (歳)		
住所			
電話番号	- -		
緊急連絡先			
1 氏名	続柄	電話	- -
2 氏名	続柄	電話	- -
備考			
かかりつけの医療機関及び主治医	医療機関名		主治医
	住所		電話
利用する保険の種類 (○をする)	<input type="checkbox"/> 指定訪問看護(高齢者医療保険) <input type="checkbox"/> 訪問看護(健康保険) <input type="checkbox"/> 訪問看護サービス(介護保険) <input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護サービス(介護保険)		
申込の主な内容 (○をする)	<input type="checkbox"/> 定期的な健康チェック(病状観察・血圧測定) <input type="checkbox"/> 装着医療機器などの管理・指導(カテーテルの交換など) <input type="checkbox"/> 床ずれの予防・処置 <input type="checkbox"/> 日常生活の看護(清潔・排泄の世話、その他) <input type="checkbox"/> 認知症の看護 <input type="checkbox"/> 介護相談 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他		
その他特記事項			

※ 保険証及び健康手帳等、公的負担受給者証を申込書とともに当ステーションに提出してください。
必要事項を記入後、速やかにお返しいたします。