

# 新規依頼申込書

総合リハビリ訪問看護ステーション 市川サテライト 宛

FAX : 047-711-4492

利用者様の詳しい情報がございましたら、FAX いただければ幸いです。  
お手数をお掛け致しますが、宜しく願い申し上げます。

|    |                                  |   |
|----|----------------------------------|---|
| 1  | 依頼年月日                            | 令和 年 月 日  |
| 2  | 居宅サービス事業所様名<br>ご担当者様名<br>TEL・FAX | 御中<br>様<br>TEL : FAX :  |
| 3  | ふりかな                             |   |
|    | ご利用者様氏名                          |   |
| 4  | 生年月日 / 性別                        | M・T・S・H・R 年 月 日 ( 歳) 男・女  |
| 5  | ご住所                              | 〒   |
| 6  | 電話番号(連絡先)                        | TEL :   |
|    |                                  | Mobile :  |
| 7  | かかりつけ病院<br>(主治医名)                |   |
|    | 病院住所                             |   |
|    | 医療機関連絡先                          | TEL :   |
| 8  | 疾患名                              |   |
| 9  | 現在の状態                            |   |
| 10 | 依頼内容                             | 1. 状態観察 2. リハビリ 3. 服薬管理 4. 栄養管理<br>5. 排便コントロール 6. 入浴等の介助 7. 褥創等の処置<br>8. カテーテル類の管理<br>9. その他 ( )  |
| 11 | 利用時にご使用になる<br>保険証<br>負担割合証       | 1. 介護保険 (要支援 1 2) (要介護 1 2 3 4 5)<br>( )  |
|    |                                  | 2. <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護<br>【特定疾患受給者証の有無】 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |
|    |                                  | 3. 負担割合証 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割  |
| 12 | 訪問希望日                            | 月 火 水 木 金<br>休日は土、日、祝日  |
| 13 | 訪問希望時間                           | AM PM<br>年末年始 12/29~1/3   |
| 14 | 当社サービス利用の有無                      | <input type="checkbox"/> 訪看 (リハ/看護) <input type="checkbox"/> 鍼灸マッサージ <input type="checkbox"/> デイサービス  |

総合リハビリ訪問看護ステーション 介護事業所番号 【1261990050】

TEL : 047-711-4455 FAX : 047-711-4492