

訪問看護サービス申込書 (文京事業所・西日暮里サテライト)

年 月 日

居宅介護支援事業者	
担当ケアマネジャー	
TEL	
FAX	

訪問看護ステーションスマイルリンク
 事業所番号: 1360590077
 TEL: 03-5901-9250
 FAX: 03-5901-9251

※別紙で下記の情報をいただければ本紙の記載は不要です。

ふりがな 利用者名: _____ 様 (男・女)	T・S H	生年月日 年 月 日生(歳)
住所: 〒 _____ 東京都 _____ 区・市・町・村	TEL:	自宅 () 携帯 ()
<キーパーソン> 氏名: _____ 様 続柄() 住所: _____	TEL:	自宅 () 携帯 ()
<保険情報> * チェックをお願いします <u>保険証と負担割合証の写しのFAXをお願い致します。</u>		
* 介護保険 ・ 医療保険 ・ その他 ()		
* 要介護状態区分: 申請中 ・ 認定済 ・ 区変中		
* 介護度 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5		
<医療機関>	名称: _____ 主治医: _____ 医師 (_____ 科) M S W: 氏名 _____	
<主傷病名>		
<既往歴・病状の経過>		
<指示書依頼の件> <u>当事業所から医療機関へ調整できます。</u> 指示書調整⇒ 未		
<訪問の希望について> ⇒ 原則的に土・日・祝は休みですが、 <u>状況によりご相談の上、対応させていただきます</u>		
・希望サービス: リハビリ ・ 看護		
・希望曜日: 月・火・水・木・金・土・指定なし (土曜日はリハビリのみです)		
・希望時間帯: 午前 ・ 午後 ・ 指定なし		
<生活状況> → 分かる範囲で構いません。 <u>別紙で情報をお持ちの方はFAXをいただけますと幸いです</u>		
移動		排泄
食事		入浴
意思疎通	認知症 有・無	整容