訪問看護サービス利用申込書

ふじの花リハビリ訪問看護ステーション
～お気軽にお問い合わせください～
ＦＡＸ　０４７６－３６－８０９７
電話　０４７６－３６－８０９６

申込日：令和　　年　　月　　日

ご依頼者様	氏名	ふりがな	利用者様との続柄	
	（医療機関・介護事業所の方は所属先をご記入ください）		電話番号	（　　）　－
			ファックス	（　　）　－

ご利用者様基本情報	氏名	ふりがな	性別	□ 男　・　□ 女 （□に✔を入れてください）
	生年月日	□明治　□昭和 □大正　□平成 □令和	年　　月　　日（　　歳）	
	住所			
	電話番号	（　　）　―		

医療機関	現在の療養状況	□ 自宅療養中　□ 入院中 （□に✔を入れてください）		
	かかりつけ医療機関		主治医名	

主介護者様	氏名	ふりがな	利用者様との続柄	
	住所			
	電話番号	（　　）　―		

ご利用希望サービス	□ 病状の観察や相談　□ 医師の指示による医療処置（カテーテル管理等） □ 日常生活の援助　□ 精神疾患（認知症）の看護 □ 介護方法の相談や助言　□ 関節可動域訓練･筋力訓練･疼痛緩和等のリハビリ □ ターミナルケア　□ 生活動作訓練・転倒予防などのリハビリ □ 服薬管理　（その他　　） （わかる範囲で、□に✔を入れてください。複数可）