

# 洞爺協会病院 訪問看護ステーションコスモス 利用申込書

申込み年月日	年 月 日	申込者 所属・氏名	
--------	-------	--------------	--

## 利用者情報

フリガナ		生年月日	年 月 日	満年齢	歳
利用者氏名		電話番号	( )	性別	男 ・ 女
住所	〒 —				
かかりつけ医療機関名		受診科目		主治医氏名	
その他 医療機関名		受診科目		担当医師名	
		受診科目		担当医師名	
		受診科目		担当医師名	
		受診科目		担当医師名	

## 要介護認定情報

要介護状態区分		交付年月日	年 月 日	認定年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日	～	年 月 日	被保険者番号	
居宅介護支援事業所		電話番号	( )		
介護支援専門員		FAX番号	( )		

## 介護保険サービス利用状況

項目	サービス事業所	利用頻度・利用曜日等
訪問介護		
訪問看護		
訪問入浴		
訪問リハビリ		
通所リハビリ		
通所介護		
福祉用具		
その他		

## ご利用したい看護サービスの内容

<input type="checkbox"/> 健康相談(病状観察・血圧測定 等)	<input type="checkbox"/> 医師の指示による医療処置
<input type="checkbox"/> 認知症の看護	<input type="checkbox"/> リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 褥瘡手当	<input type="checkbox"/> 日常生活の看護(清潔の世話等)
<input type="checkbox"/> カテーテル管理	<input type="checkbox"/> 介護相談
<input type="checkbox"/> 服薬管理	<input type="checkbox"/> 血糖測定、自己注射の介助・指導
<input type="checkbox"/> その他	

## その他特記事項

※ その他必要がある場合は書類を添付してください。