訪問看護利用申込用紙

申込日　　年　月　日

事業者名:　　担当者　　直通電話　　FAX

利用者基本情報				医療保険
氏名	フリガナ(　　)	男・女	生年月日(　　歳) M·T·S·H·R 年　月　日	□国保·政府·組合·共済·後期 □生保　□労災　□公費 □特定疾患医療給付(あり ・ なし) □身障手帳(あり ・ なし)　　級
住所	浦安市　　電話			

キーパーソン(連絡先):　　電話

フォローアップ: 病院外来 ・ かかりつけ医 ・ (　　)

指示書依頼: 未 ・ 済 (病院名:　　医師名:　　)

主なサービス依頼内容

利用開始希望日:

病名·症状に対する説明と理解

病名:(　　)
病名について理解　患者(している ・ していない) 家族(している ・ していない)
理解や受け止め方(　　)

介護保険

□申請中(申請日　　)
□認定済(要介護度　　)
　被保険者番号(　　)
　認定日(　　年　月　日)
　認定期間(　　)
□負担割合(　　割)

現在利用中のサービス

□訪問介護(曜日　　時間　　)
□訪問入浴(曜日　　時間　　)
□訪問リハ (曜日　　時間　　)
□通所介護(曜日　　時間　　)
□通所リハ (曜日　　時間　　)
□その他

Ⅰ.利用者の身体症状

① 寝たきり度: J(自立) ・ A(外出要介助) ・ B(座位可) ・ C(寝たきり)
② 麻痺: なし ・ 左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢
③ 起居·移動: 自立 ・ 一部介助 ・ 座位 ・ 起居不能
④ 歩行: 自立 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子(一部介助 ・ 全介助)
⑤ 障害: 視力(程度　　) ・ 聴力(程度　　)
⑥ 意思の伝達: できる ・ 時々できる ・ ほとんどできない ・ できない

Ⅱ.生活支援の必要性

⑦ 排泄: 自立 ・ 失禁(尿 ・ 便) ・ オムツ ・ ポータブルトイレ
　カテーテル(最後に挿入した日　　交換頻度　　)
⑧ 食事: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 嚥下障害
⑨ 清潔: 入浴 ・ シャワー ・ 清拭 ・ 口腔ケア
⑩ 更衣: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

左記の内容補足

Ⅲ.医療処置の必要性

□褥瘡(部位　　) □点滴 □経管栄養 □IVH(持続点滴) □HOT(在宅酸素)
□気管カニューレ □人工呼吸器 □膀胱留置カテーテル □腎瘻·尿管皮膚瘻 □ストマケア □自己導尿
□CAPD(腹膜透析) □疼痛管理 □看取り

Ⅳ.社会的情報

□一人暮らし □同居(　　)□経済的·社会的問題(　　)

Ⅴ.介護力·家族の準備状況

家族の支援体制(主介護者　　協力者　　)
家族が実施する処置(内容·習得状況·必要物品準備状況)
その他介護についての不安

なごみ訪問看護ステーション　電話 047−355−0693　FAX 047−355−0694