

# ものがたり訪問看護ステーションこしがや

## 新規依頼用紙 (看護・リハビリ)

ご依頼日 年 月 日

|      |                    |  |       |
|------|--------------------|--|-------|
| 依頼項目 | 空き状況確認 ・ 依頼 ・ 相談のみ |  |       |
| ご依頼者 | 貴事業所               |  | ご担当者様 |
|      | 連絡先                |  |       |

|      |                      |
|------|----------------------|
| 医療機関 |                      |
| 主治医  |                      |
| 指示書  | 記入済 ・ 依頼中 ・ 用紙あり ・ 無 |

|       |   |                                   |      |  |
|-------|---|-----------------------------------|------|--|
| 利用者情報 | 氏名                                      | (男・女)                             | 生年月日 |  |
|       | 疾患名                                     |                                   |      |  |
|       | 住所                                      | 〒                                 |      |  |
|       |   | 駐車場 (無・有: )                       |      |  |
|       | 所在                                      | 在宅 ・ 入院中 ・ 入所中 (帰宅予定日: )          |      |  |
|       | 連絡先                                     |                                   | 備考   |  |
|       | 介護認定                                    | 無 ・ 申請中 ・ 要支援 1・2 ・ 要介護 1・2・3・4・5 |      |  |
|       | 特定疾患                                    | 無 ・ 申請中 ・ 有 ( )                   |      |  |
| 状況    | 胃ろう(有・無) 褥瘡(有・無) Ba(有・無) オムツ(有・無)       |                                   |      |  |
|       | 認知症(有・無) ADL(自立・杖・シルバーカー・車椅子・寝返り可・寝たきり) |                                   |      |  |

|        |    |    |     |     |  |
|--------|----|----|-----|-----|--|
| ご家族様情報 | 氏名 |    |     | 連絡先 |  |
|        | 続柄 | 同居 | 有・無 |     |  |
|        | 氏名 |    |     | 連絡先 |  |
|        | 続柄 | 同居 | 有・無 |     |  |

|           |  |  |  |
|-----------|--|--|--|
| 訪問目的・開始時期 |  |  |  |
| その他       |  |  |  |

|                  |    |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 訪問希望日<br>他サービス利用 |    | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|                  | 午前 |   |   |   |   |   |   |   |
|                  | 午後 |   |   |   |   |   |   |   |

訪問 (不・可) 不可の理由: \_\_\_\_\_

|       |           |       |           |
|-------|-----------|-------|-----------|
| 契約予定日 | 年 月 日 ( ) | 初回訪問日 | 年 月 日 ( ) |
|-------|-----------|-------|-----------|