

サービス依頼

なの花訪問看護ステーション石神井 宛て

年 月 日

事業所名

事業所号:

事業所番号:1362091587

TEL:

TEL:03-5935-8288

FAX:

FAX:03-5935-8121

ご担当者様:

ご依頼	看護師 ・ リハビリ(PT ・ OT ・ ST)						
フリガナ						生年月日	性別
氏名	M・T・S・H 年 月 日生(歳)					男 ・ 女	
住 所	〒 -						
電話番号				キーパーソン		経済状況に関する特記 生保: 有・無	
保 険	医療 介護 介護負担割合(割)						
介護度	要支援 1・2		申請中	高齢受給者証・後期高齢者医療被保険者証: 有(割) ・ 無			
	要介護 1・2・3・4・5			身障者手帳: 有(級) ・ なし			
特定医療受給者証: 有 ・ 無 ・ 申請中 [特定疾患名]							
主治医の「指示書」の承諾を得ていますか? (Yes / No)							
訪問看護指示書依頼先 医療機関名:							
主治医氏名:				先生			
現疾病・既往歴:							
現在の状態:							
希望曜日	どこでも ・ ()曜日 ・ いつでも (午前 ・ 午後)					頻度 週に()回	
現在受けられているサービスの日時等(それ以外の時間帯で調整致します)						その他:	
	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
希望時間数	訪看 I 2 ・ 訪看 I 3 ・ 訪看 I 4 ・ 訪看 I 5 ・ 訪看 I 5 2超						
※医療の訪問時間は、看護は状態に合わせて30～60分、リハビリは50分になります。回数は要相談になります。 屋外歩行練習を行う場合には、主治医からの指示と指示書への記載が必要となります。 備考欄(看護・リハビリの内容への要望など)							