

| | | | |
|-------|------|----------|-------|
| 利用申込書 | 申込日 | 平成 年 月 日 | ご担当者様 |
| | 事業所名 | | 事業所番号 |
| | TEL | | FAX |

| | | |
|---------|--|--|
| サービス提供先 | <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション本体から訪問(2級地 11.12円) FAX :06-6531-3510 大阪市内 24区 | <input type="checkbox"/> サテライト泉州から訪問(6級地 10.42円) FAX:072-423-0568 泉大津市・泉佐野市・和泉市・貝塚市・岸和田市・堺市内・泉南郡熊取町・泉南郡田尻町・泉南郡岬町・泉南市・泉北郡忠岡町・高石市・阪南市 ※五十音順 |
| | <input type="checkbox"/> サテライト東から訪問(3級地 11.05円) FAX:072-870-3457 池田市・茨木市・柏原市・交野市・門真市・四條畷市・吹田市・摂津市・大東市・高槻市・豊中市・豊能郡能勢町・豊能郡豊能町・寝屋川市・東大阪市・枚方市・三島郡島本町・箕面市・守口市・八尾市※五十音順 | <input type="checkbox"/> サテライト南から訪問(6級地 10.42円) FAX:0721-63-3377 大阪狭山市・南河内郡河南町・河内長野市・南河内郡太子町・南河内郡千早赤阪村・富田林市・羽曳野市・藤井寺市・松原市※五十音順 |

| | | | |
|------------|----------|----------|--------------------------------|
| フリガナ 氏名 | () 様 | 生年 月日 | 明治・大正・ 昭和・平成 年 月 日 男・女 (才) |
|------------|----------|----------|--------------------------------|

| | | | |
|----|-------------|-----------|---------|
| 住所 | 〒 電話 () | キーパーソン() | 連絡先 () |
|----|-------------|-----------|---------|

| | | | | | | | |
|-----|----------------------|------|----------|-------------------------|--|----|--|
| 介護度 | 要支援 1・2 1・2・3・4・5 | 負担割合 | 1割 2割 | 後期高齢者医療被保険者証 身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 有 (割) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級) <input type="checkbox"/> 無 | 生保 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|-----|----------------------|------|----------|-------------------------|--|----|--|

| | | | |
|-------|----------------------------|--------|-----------------------------|
| 寝たきり度 | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | 認知症の状況 | 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M |
|-------|----------------------------|--------|-----------------------------|

| | |
|---------------------------------|---|
| 特定医療費(指定難病)受給者証 小児慢性特定疾病受給者証 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中→(/)申請 疾患名: 限度額: 円 |
|---------------------------------|---|

| | |
|-----|--|
| 主治医 | 主治医への確認 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 *訪問看護指示書の発行が必要となります。ご確認願います。 医療機関名: ()科 先生 |
|-----|--|

| | |
|-----------------|---|
| 他の訪問看護ステーションの利用 | ()訪問看護ステーション)職種 NS・PT・OT・ST サービス内容() *他のステーションとの同日訪問は、減算又は算定不可の場合があります。 |
|-----------------|---|

| | |
|--------|--|
| 疾病・既往歴 | |
|--------|--|

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> ()病院)入院加療中 (/)退院予定 退院前カンファレンス予定 <input type="checkbox"/> 有 (/ : ~開催) <input type="checkbox"/> 無, 参加希望 有・無 |
|--|

| | | | |
|---|------------|----|----|
| 【サービス希望内容・留意点】 看護師 <input type="checkbox"/> 訪看 I2 <input type="checkbox"/> 訪看 I3 <input type="checkbox"/> 訪看 I4 療法士 <input type="checkbox"/> 訪看 I5(20分・40分) 20分につき 302単位 <input type="checkbox"/> 訪看 I5・2超(60分) 20分につき 272単位 <input type="checkbox"/> 身体機能 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下 | サービス 状況 | 午前 | 午後 |
| | 月 | | |
| | 火 | | |
| | 水 | | |
| | 木 | | |
| | 金 | | |
| | 土 | | |
| | 日 | | |

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 訪問看護初回加算 300単位/1回 <input type="checkbox"/> 訪問看護退院時共同指導加算 600単位/1回 |
|--|

| | | | |
|--------|--|--|--|
| 事業所使用欄 | | | |
|--------|--|--|--|

かなえるリハビリ訪問看護ステーション 事業所番号 2761890090

住所: 〒550-0015 大阪市西区南堀江 1-16-15 名城ビル 4-D

TEL:06-6531-3500 FAX:06-6531-3510



株式会社 かなえるリンク
KANAERULINK