

申し込み者情報

事業所名		利用者との関係	
氏名		TEL	

利用者基本状況

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
氏名			電話番号	-	-		
住所	〒						
連絡先氏名		電話番号	-	-			
主な傷病名							
現在状況	在宅 ・ 入院中（下記へ入院期間および退院予定日をご記載ください）						
入院期間	病院 年 月 日から退院予定日 年 月 日						
主治医	医療機関名				医師氏名		
在宅主治医	医療機関名				医師氏名		
保険種別	医療保険 ・ 介護保険						
初回指示書	連絡済 ・ 未	医療機関名	先生				
ケアマネ事業所	担当ケアマネ				TEL	FAX	
要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5						

訪問看護導入の意向（該当箇所に☑または○を記入の上、詳細ご記入お願いいたします）

本人： ☐あり ☐迷っている ☐なし：不明 主治医： ☐あり ☐迷っている ☐なし：不明
 家族： ☐あり ☐迷っている ☐なし：不明 ケアマネ： ☐あり ☐迷っている ☐なし：不明

家族状況	独居 ・ 日中独居 ・ 高齢者世帯 ・ その他の家族と同居
	詳細
相談主訴	
介護サービス利用状況	
その他	

中野北ベタニア訪問看護ステーション使用欄 【連絡調整予定】

面接予定日							
初回訪問予定日	年	月	日	契約予定日	年	月	日

中野北ベタニア訪問看護ステーション FAX 03-3387-0225 TEL 03-3387-0221