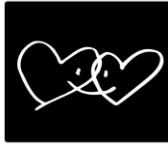


訪問看護利用申込票



公益社団法人 中央区医師会
訪問看護ステーションあかし

〒104-0044 東京都中央区明石町1-6
TEL 03-5565-7281 FAX 03-5565-5101

依頼日 令和 年 月 日

利用者情報	ふりがな 氏名 <small>(保険証の記載)</small>	様		性別	男 ・ 女						
	住所	〒 マンション名・ビル名									
	電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-				
	生年月日	M	T	S	H	R	年	月	日	(歳)	
保険	保険者	<input type="checkbox"/> 中央区 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 保険者番号)									
	被保険者番号									※介護保険証・負担割合証 コピーもあわせて頂けます様、 お願いいたします	
	負担割合	割									
	<input type="checkbox"/> 介護保険利用	認定日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 区変中 <input type="checkbox"/> 新規申請中					
		認定有効期間	年	月	日	～	年	月	日		
		<input type="checkbox"/> 要支援 1 ・ 2		<input type="checkbox"/> 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							
<input type="checkbox"/> 医療保険利用	<input type="checkbox"/> 国民健康保険		<input type="checkbox"/> 社会保険		<input type="checkbox"/> 後期高齢者	<input type="checkbox"/> 障害手帳					
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> 特定医療費指定難病受給者		☑中央区減免 (H30.8制度新規終了)						
介護者情報	ふりがな 氏名	①	続柄		②	続柄					
	住所	①	②								
	電話番号	①	-	-	②	-	-				
	その他情報	①	②								
主治医	医療機関名	診療科名			通院 ・ 往診						
	医師名	電話番号									
病名						病状					
訪問看護に希望する事	週間スケジュール										
		ご希望	曜日・時間	他サービス種類・診療等		時間					
	月										
	火										
	水										
	木										
	金										
	土										
日											
ケアプラン作成者 事業所名 ケアマネジャー名 電話	当ステーション使用欄					受付者 令和 年 月 日 AM PM :					
					初回訪問 令和 年 月 日 予定日時 時間 :						