

～下記事項に必要事項をご記入の上、FAX または、郵送にてお申し込みください。～
到着後担当者より連絡させていただきます。

記入日	平成 年 月 日		
申込者	ふりがな	利用者との続柄	
	氏名		
	住所	〒 -	
	電話	自宅 ()	携帯 ()
利用者	ふりがな	性別	
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所	〒 -	
	電話	自宅 ()	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	保険種類	<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"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給証 <input type="checkbox"/> 介護保険 介護度 ()	
	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 医療機関名 ()	
	他の訪問看護ステーションの利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ステーション名 ()	
	現況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設	
	訪問看護に希望される内容	<input type="checkbox"/> 話を聞いてもらいたい <input type="checkbox"/> 内服薬の確認をしてほしい <input type="checkbox"/> 病院の受診につなげたい（送迎はしていません） <input type="checkbox"/> 病状観察や、健康管理（血圧・体調など）をしてほしい <input type="checkbox"/> かかりつけ医師への連絡調整 <input type="checkbox"/> 在宅医療に関する相談・助言 <input type="checkbox"/> 各種行政提出書類の支援 <input type="checkbox"/> 日常生活の支援 <input type="checkbox"/> その他 お困りのことがあればご記入ください ()	