**訪問リハ看護ステーション 立夏**

**訪問看護・訪問リハビリ（理学療法士等の訪問）申込書**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 貴事業所名 |  | 電話 |  |
| 事業所番号 |  | FAX |  |
| ご担当者名 |  | Mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ　　　　ご利用者様氏名 |  　　　　　様 | 　　　　生年月日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　才） |
| 住所 | 〒 | 男女 | 電話 |  |
| 携帯 |  |
| 主介護者キーパーソン | 氏名 | 続柄 | 連絡先 |
| 住所　〒 |
| 特記事項（キーパーソン不在時の対応方法など） |
| 家族構成 | □独居　□高齢者のみ　□同居（　　）人家族　　 | 生活保護 | 有　/　無 |
| 本人の希望 |  |
| 家族の希望 |  |
| 医療機関 | 名称 | フリガナ |  |
| 主治医氏名 |  |
| 住所　〒 | 電話 |  |
| FAX |  |
| 主傷病名 |  |
| 主な症状・障害 |  | 要介護度： |
| 希望されるご利用内容 | ご利用回数 | 　　回/週：　　　年　　　月　　日からの利用開始を希望します |
| ご訪問日 | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金  |
| □全身状態観察 | □褥瘡処置 | □酸素管理 | □ターミナルケア |
| □カテーテル管理 | □創傷処置 | □内服管理 | □リハビリテーション |
| □入浴介助・清拭 | □精神援助 | □点滴・注射 | □食事介助・栄養補助 |
| □ストマ管理 | □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在の問題点・課題 |
| 訪問看護・リハ開始にあたり、経過や特記事項、ご要望など |

訪問リハ看護ステーション 立夏

〒125-0042東京都葛飾区金町5-14-4　豊栄ビル201

TEL:03-5648-2505　FAX:03-5648-2506　　　（事業所番号：1362290403）