**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）