新規依頼申込書

令和　　年　　月　　日　記入

事業所名			担当者	
事業所番号				
TEL			FAX	
（ふりがな） 利用者氏名		男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年　月　日（　歳）
現住所	〒			（駐車スペース　有・無）
TEL	①			家族構成（キーパーソン等）
	②			
緊急連絡先	氏名：　続柄（　）			
	TEL：			
医療機関	病院名：　TEL:　主治医：			
	指示書依頼方法：☐ 依頼済　☐ 本人・家族　☐ ケアマネージャー　☐ ステーションからの依頼希望			
傷病名				
現病歴 および 申込までの経緯			既往歴	
感染症	無・有（		アレルギー	無・有（
希望サービス	☐ 看護　：　回/週（30分・60分・90分）☐ リハビリ：　回/週（40分・60分）			
依頼目的				
現在の状況	☐ 自宅　☐ 入院中・施設入居中（施設名：			
希望の曜日 （他サービス利用状況）	☐ 月（看護のみ）　☐ 火　☐ 水　☐ 木　☐ 金　☐ 土（リハのみ）			
ADL 日常生活動作	食事　：　自立・一部介助・全介助・経管栄養（PEG・経鼻）・IVH 移動　：　自立・一部介助・全介助　【独歩・歩行器・手摺・T字杖・四点杖・車椅子・シルバーカー】 排泄　：　自立・一部介助・全介助 【トイレ・ポータブルトイレ・尿器および便器・オムツ（終日・夜間）・バルン留置・導尿】 保清　：　自立・一部介助・全介助　【自宅（入浴・シャワー）・清拭・入浴サービス・デイサービス】 意思疎通　：　可能・曖昧・不可　【筆談・文字盤・ジェスチャー・補聴器（右・左）】 認知症　：　あり・なし・疑い　【せん妄・不穏・不眠・徘徊・その他　】			
保険の種類	☐ 介護保険：申請中・要支援（１・２）・要介護（１・２・３・４・５） ☐ 医療保険　☐ 自費　**※保険証（介護保険は負担割合証も）コピーを添付してください**			
公費利用	☐ 生活保護　☐ 難病特定疾患　☐ その他（			

ゆいはーと訪問看護リハビリステーション（1260190744）

〒263-0002　千葉市稲毛区山王町140-15　トシケンハイムA207

TEL：043-309-6783　FAX：043-309-6784