

サービス依頼書

こすもす訪問看護リハビリステーション 宛て

令和 年 月 日

事業所名： _____

事業所番号： _____

事業所番号： 0862190139

TEL： _____

TEL： 029-275-2577

FAX： _____

FAX： 029-275-2578

ご担当者さま： _____

| | | | | | | | |
|--|--|---|-----|-----------------------------|--------|----------------------|-----|
| ご依頼 | 看護師・リハビリ (PT・OT・ST) | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | 生年月日 | 性別 |
| 氏名 | | | | | | M・T・S・H・R 年 月 日生(歳) | 男・女 |
| 住所 | 〒 - | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | キーパーソン | 経済状況に関する特記 | |
| 保険 | 医療 介護 介護負担割合 (割) | | | | 生保：有・無 | | |
| 介護度 | 要支援 1・2 | | 申請中 | 高齢受給者証・後期高齢者医療被保険者証：有(割)・無 | | | |
| | 要介護 1・2・3・4・5 | | | 身障者手帳：有(級)・無 | | | |
| 特定医療受給者証： 有・無・申請中 [特定疾患名] | | | | | | | |
| 主治医の「指示書」の承諾を得ていますか？ (はい・いいえ) | | | | | | | |
| 訪問看護指示書依頼先 医療機関名： | | | | | | | |
| 主治医氏名： | | | | 先生 | | | |
| 現疾病・既往歴： | | | | | | | |
| 現在の状態： | | | | | | | |
| 希望曜日 | どこでも・()曜日・いつでも(午前・午後) | | | | | 頻度 週に()回 | |
| 現在受けられているサービスの日時等(それ以外の時間帯で調整します) | | | | | | その他： | |
| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前 | | | | | | | |
| 午後 | | | | | | | |
| 希望時間数 | 訪看 I 2 ・ 訪看 I 3 ・ 訪看 I 4 ・ 訪看 I 5 ・ 訪看 I 5 2 超 | | | | | | |
| ※医療の訪問時間、看護はケア内容に合わせて 30～60 分、リハビリは 40 分になります。回数は要相談です。 屋外歩行訓練を行う場合には、主治医からの指示と指示書への記載が必要となります。 | | | | | | | |
| 備考欄(看護・リハビリの内容への要望など) | | | | | | | |