

# 訪問看護ステーション かなで 新規申込書

< fax返送先 : 03-6417-1419 >

お申込日 令和 年 月 日

フリガナ			生年月日	
ご利用者様	男 ・ 女	明治 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生		
現住所	〒		電話 :	
			携帯 :	
緊急連絡先	氏名		続柄	(福祉の場合) 生活福祉課 ご担当者名 : 様
	住所 〒		電話 :	
			携帯 :	
	特記事項 (キーパーソン不在時の対応方法など)			
主病名	病名 (パーキンソン病の場合 : Yahr度 _____ 度、生活機能障害度 _____ 度、難病受給者証 有・無 )			
症状	主な症状			
要介護度区分	申請中 ( 申請日 年 月 日 ) 要支援 ( 1 ・ 2 ) ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )			
希望される 利用内容	利用回数	回/週		
	利用時間	<input type="checkbox"/> 看護師 ( 30分・60分・90分 ) <input type="checkbox"/> リハビリテーション ( 40分・60分 )		
	訪問曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ( <input type="checkbox"/> 他サービスと併用なし )		
	ケアの内容			
医療機関	名称		フリガナ	
			主治医氏名 ( 科)	
	住所 〒		電話 :	
			携帯 :	
居宅介護 支援事業所	名称		ケアマネジャー氏名	
			事業所番号	
	住所 〒		電話 :	
			携帯 :	
必要書類	健康保険証、介護保険証、負担割合証、障害者手帳、受給者証 などの添付をお願い致します。			
備考				