

利用申込書	申込日	年	月	日	ご担当者	
	事業所名				事業所番号	
	TEL	-	-		FAX	-

サービス提供先 ※事業所番号は 本体・サテライト 同一です	<input type="checkbox"/> リニエ訪問看護ステーション四ツ橋 本体から訪問	FAX 06-6531-3510	大阪市 西区・中央区・天王寺区・浪速区
	<input type="checkbox"/> サテライト港から訪問 (2級地 11.12円)	FAX 06-6370-2331	大阪市 (大正区、港区)
	<input type="checkbox"/> サテライト東淀川から訪問 (2級地 11.12円)	FAX 06-6370-2331	大阪市 (東淀川区・淀川区)
	<input type="checkbox"/> サテライト平野から訪問 (2級地 11.12円)	FAX 06-6795-5101	大阪市 (平野区・阿倍野区・東住吉区・生野区)

フリガナ 氏名	() 様	生年 月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日 (才)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
------------	----------	----------	----------------	---	---	-------	---

住所	〒	◆キーパーソン ()
	◆電話 ()	◆連絡先 ()

介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	生保	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-----	------------------------------------	------	--	----	---

公費等	<input type="checkbox"/> 特定医療費 (指定難病) 受給者証 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病受給者証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中→ (/) 申請 疾患名: 限度額: 円
	<input type="checkbox"/> 乳幼児医療証 <input type="checkbox"/> こども医療証 <input type="checkbox"/> 障がい者医療証 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療証	

主治医	主治医への確認 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 *訪問看護指示書の発行が必要となります。ご確認願います。 医療機関名: () 科) 先生
-----	--

他の訪問看護 ステーション の利用	() 訪問看護ステーション) 職種 NS・PT・OT・ST サービス内容 () *他のステーションとの同日訪問は、減算又は算定不可場合があります。
-------------------------	---

疾病・既往歴	<input type="checkbox"/> () 病院) 入院加療中 (/) 退院予定 退院前カンファレンス予定 <input type="checkbox"/> 有 (/ : ~開催) <input type="checkbox"/> 無, 参加希望 有・無
--------	--

看護師	<input type="checkbox"/> 訪看I2 30分未満 470単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I2 30分未満 450単位 <input type="checkbox"/> 訪看I3 30分以上1時間未満 821単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I3 30分以上1時間未満 792単位 <input type="checkbox"/> 訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,125単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I4 1時間以上1時間30分未満 1,087単位 ※サービス提供体制強化加算 一回につき3単位算定します
-----	---

療法士	<input type="checkbox"/> 訪看I5 (20分・40分) 20分につき 293単位 <input type="checkbox"/> 予訪看I5 (20分・40分) 20分につき 283単位 ※初回訪問は 看護師が同行いたします。 ※サービス提供体制強化加算 一回につき3単位算定します
-----	---

【サービス希望内容・留意点】	
----------------	--

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

事業所使用欄							
--------	--	--	--	--	--	--	--



リニエ 訪問看護ステーション 四ツ橋

〒550-0014 大阪市西区北堀江 1-2-19
アステリオ北堀江 ザ・メトロタワー 503
TEL: 06-6531-3500 FAX: 06-6531-3510