

<b>利用申込書</b>	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 <small>※事業所番号は 本体・サテライト 同一です</small>	<input type="checkbox"/> 「リニエ訪問看護ステーション枚方」から 訪問 (5級地 10.70円) 事業所番号: 2762491211 <b>FAX 072-805-6552</b> <small>枚方市・寝屋川市 ※他地域は応相談</small>			<input type="checkbox"/> 「サテライト大東」から訪問 (3級地 11.05円) <b>FAX 072-870-3457</b> <small>大東市 ※他地域は応相談</small>		
フリガナ 氏名	( ) 様	生年 月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	( 才 ) 男・女	
住所	〒 ◆電話 ( ) ◆キーパーソン ( ) ◆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	
各種手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( A1・B ) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 障がい者医療証 <input type="checkbox"/> 乳幼児医療証 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療証					
主治医	<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	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。ご確認ください。 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I1 20分未満 <b>313単位</b> <input type="checkbox"/> 訪看I2 30分未満 <b>470単位</b> <input type="checkbox"/> 訪看I3 30分以上1時間未満 <b>821単位</b> <input type="checkbox"/> 訪看I4 1時間以上1時間30分未満 <b>1,125単位</b>	<input type="checkbox"/> 予訪看I1 20分未満 <b>302単位</b> <input type="checkbox"/> 予訪看I2 30分未満 <b>450単位</b> <input type="checkbox"/> 予訪看I3 30分以上1時間未満 <b>792単位</b> <input type="checkbox"/> 予訪看I4 1時間以上1時間30分未満 <b>1,087単位</b>	緊急時ご利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
ケア内容	<input type="checkbox"/> カテーテル・カニューレ等管理 <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> 全身状態観察 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置・予防 <input type="checkbox"/> 入浴介助・清拭 <input type="checkbox"/> 排泄ケア <input type="checkbox"/> 食事・栄養等 <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈・点滴・輸液ポンプ管理 <input type="checkbox"/> 酸素等管理 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析等 <input type="checkbox"/> 在宅用医療機器類の管理					
療法士 <small>※初回訪問、また定期的に 看護師が同行いたします。</small>	<input type="checkbox"/> 訪看I5 (20分・40分) 20分につき <b>293単位</b> <input type="checkbox"/> 予訪看I5 (20分・40分) 20分につき <b>283単位</b>					
ケア内容	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 嚥下					
【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 枚方

〒573-1192  
枚方市西禁野二丁目  
2番28号 第一黒川ビル2F  
TEL 072-805-6551  
FAX 072-805-6552