



# 葵訪問看護ステーション 新規依頼書

TEL 03-6666-4717  
FAX 03-6666-4718

|                 |   |                      |
|-----------------|---|----------------------|
| (フリガナ)<br>患者様氏名 | 様 | 依頼日： 年 月 日<br>医療機関名： |
| 生年月日 年 月 日 ( 歳) |   | 電話番号：                |
| 電話番号            |   | 担当者氏名：               |
| 住所              |   |                      |

|     |     |
|-----|-----|
| 診断名 | 既往歴 |
|     |     |

|                      |
|----------------------|
| 現在の状態、訪問看護依頼内容、注意事項等 |
|                      |

|                                                                  |                        |                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 患者様の身体状況                                                         |                        |                                                                                   |
| 食事：<br>清潔：<br>排泄：<br>移動：                                         | 認知機能：<br>内服管理：<br>その他： | 身体挿入物<br><input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり（以下に記入をお願いします） |
| 麻痺： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位 ） |                        | 使用している医療器具・必要物品                                                                   |

|                                                                                                                                                                |  |  |  |  |            |  |  |   |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|------------|--|--|---|--|--|
| 介護保険情報（該当に○、記載をお願いします）                                                                                                                                         |  |  |  |  |            |  |  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 介入済み <input type="checkbox"/> 介入予定<br>ケアマネ事業所名                                                                                        |  |  |  |  | 担当者        |  |  | 様 |  |  |
|                                                                                                                                                                |  |  |  |  | 電話         |  |  |   |  |  |
| 介護度（該当に○をお願いします）                                                                                                                                               |  |  |  |  |            |  |  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 1 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5 |  |  |  |  |            |  |  |   |  |  |
| 家族情報・キーパーソン                                                                                                                                                    |  |  |  |  |            |  |  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 同居（ 人）<br>名前（ふりがな）                                                            |  |  |  |  | 住所(別居の場合)： |  |  |   |  |  |
|                                                                                                                                                                |  |  |  |  | (続柄 ) 電話：  |  |  |   |  |  |
| その他・特記事項                                                                                                                                                       |  |  |  |  |            |  |  |   |  |  |
|                                                                                                                                                                |  |  |  |  |            |  |  |   |  |  |