

自費訪問看護サービス申込書

お申込み者

※印の項目は必ずご記入下さい

会社名※ (病院名、クリニック名、 事業所名)	
お名前※	
ふりがな※	
郵便番号※	
ご住所※	
電話番号※	
メールアドレス	

サービス対象者様の情報

お名前※	
ふりがな※	
郵便番号※	
ご住所※	
電話番号※	
性別※	☐ 女性 ☐ 男性
ご年齢※	歳
緊急連絡先※ (お名前、続柄、住所、 電話番号または携帯番号)	
1. 現在の告げられている病気はありますか（現病歴）※ 記入例：病名	
2. これまでに罹った病気はありますか（既往歴）※ 記入例：〇〇年前頃	

[illegible]

サービスの確認

カウンセリングや お打ち合わせ、カ ンファレンスの日 時、場所など※	
ご利用開始日※	
ご希望の 日数や時間帯※ (複数回答可)	☐ 週 1 ☐ 週 2 ☐ 週 3 以上 ☐ 1 時間 ☐ 4 時間パック ☐ その他
訪問看護のケア 内容※ (複数回答可)	☐ 全身状態観察 ☐ 褥瘡(床ずれ)・創傷処置 ☐ 服薬管理 ☐ カテーテル管理 ☐ 酸素管理 ☐ ストマ管理 ☐ 食事介助・栄養補助 ☐ 精神援助 ☐ 入浴介助・清潔ケア ☐ ターミナルケア ☐ 点滴・中心静脈 ☐ リハビリテーション ☐ 気管カニューレ管理 ☐ その他
ご要望、ご希望 など	

〒105-0001

東京都港区虎ノ門 1 丁目 16 番 6 号虎ノ門 RAPO-TO ビル UCF703

Custom-Care-Nurse

代表 山口波瑠奈

電話番号 03-5776-2856 FAX 03-3502-1412