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 <mark>※</mark>		
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)	マ点長リシルンより (田点屋) V/コス内・点方	
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:○○年前頃		

3. 現在、具合の悪いところ(自覚症状)はありますか?		
不自由な箇所:		
その他:		
4. 装着または利用してる器具はありますか?ある場合は下記項目にチェックして		
下さい		
□なし □ 点滴 □ カニューレ □ 経管栄養 □ 中心静脈栄養		
□ ストーマ □ 膀胱カテーテル □ 腹膜透析 □ 人工呼吸器		
□酸素吸入□吸引		
□ その他(
5. 歩行について <mark>※</mark>		
□ 自立歩行できる □ 何かにつかまれば可能 □ 寝たきり		
6. 排泄介護 ※		
□ 自立 □ 見守りが必要 □ 一部介助 □ 全面介助		
7.認知症の有無 ※		
□なし		
□ 記憶障害(もの忘れ)		
□ 見当識障害(時間や月日、場所、人がわからない)		
□理解力・判断力の低下		
□ 失行・失認・失語		
□遂行機能障害(計画や段取りが立てられない)		
□その他		
8.コミュニケーションについて ※		
□ 普通に会話が可能 □ 言語障害あり □ 難聴あり		
□ 意思確認(うなずき、まばたき) □ コミュニケーション不可		

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 <mark>※</mark>	
ご利用開始日※	
ご希望の	□週1 □週2 □週3以上
日数や時間帯※	□ 1 時間 □ 4 時間パック □ こその他
(複数回答可)	
訪問看護のケア	□全身状態観察 □褥瘡(床ずれ)・創傷処置
内容 <mark>※</mark>	□服薬管理 □カテーテル管理 □酸素管理
(複数回答可)	□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