訪問看護ステーション なごみ　申込書

お申込日:　　年　　月　　日　　記入者氏名:

利用者名	生年月日 年　月　日	性別 □男　□女
住所　〒　－　横浜市　区 自宅 TEL		

緊急連絡先	① 氏名(キーパーソン) TEL	続柄(　　)
	② キーパーソン不在時 TEL	続柄(　　)

家族構成		病名	
アレルギー		感染症	□HB;＋　－　□HCV;＋　－　□ワ氏;＋　－ その他(　　)

既往症	発症時期　疾患	治療経過	病院名

主治医	医療機関名	診療科　医師名
学校名	学校名　学年　年	□訪問学級　訪問日 □月□火□水□木□金 訪問時間

利用サービス		利用事業所名	利用日・利用時間
	訪問看護		曜日:　時間:
	訪問診療		曜日:　時間:
	通所(デイサービス)		曜日:　時間:
	訪問入浴		曜日:　時間:
	訪問介護		曜日:　時間:
	短期入所・日中預かり等の利用施設があれば御記入ください;(　　)		
	計画相談員;　いる(事業所名:　　相談員名:　　)　いない		
	その他に利用しているサービスがあれば御記入ください;(　　)		

訪問看護およびリハビリに希望される内容

利用頻度;　回/週　回/月　開始時期;　年　月頃から

希望する曜日と時間;　①　曜日　時から　時まで

②　曜日　時から　時まで

③　曜日　時から　時まで

内容;　□リハビリ　□胃瘻・腸ろう　□経管栄養　□清潔ケア

□酸素　□人工呼吸器　□下咽頭チューブ　□褥瘡　□排泄ケア

□尿カテーテル　□人工肛門ケア　□その他(　　)

*訪問車駐車スペース:　□あり　□なし

*最寄の駅　・バス停　:

申込書は、郵送または、「訪問看護ステーションなごみ」・「多機能型拠点こまち」まで御持参ください。

訪問看護ステーション なごみ　TEL 045-360-8185(直通)