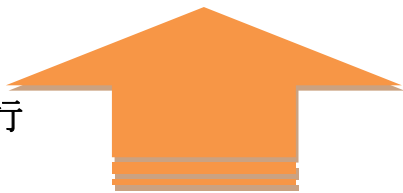


きずな訪問看護  
リハビリステーション 行  
事業所番号： 3160190207



Life Design



FAX 0857-77-3217

TEL 0857-77-3007

ご依頼元

貴事業所名

貴事業所番号

TEL

FAX

ご担当者様

サービス依頼書

お申込み日	年 月 日					
ご依頼	看護師	<input type="checkbox"/> 訪問看護 I 2 (30分未満) 463 単位 <input type="checkbox"/> 訪問看護 I 3 (30分以上1時間未満) 814 単位 <input type="checkbox"/> 訪問看護 I 4 (1時間以上1時間30分未満) 1117 単位		医療	<input type="checkbox"/> 40歳未満 <input type="checkbox"/> 厚生労働大臣が定める疾病等	
	療法師	<input type="checkbox"/> 訪問看護 I 5 (20分) 302 単位 <input type="checkbox"/> 訪問看護 I 5 (40分) 604 単位 <input type="checkbox"/> 訪問看護 I 5・2 超 816 単位				<input type="checkbox"/> 身体機能 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下
加算	<input type="checkbox"/> 中山間地加算 5% ※鳥取市(旧佐治村、旧用瀬町、旧青谷町を除く)以外にお住まいの方 <input type="checkbox"/> 中山間地域等における小規模事業所加算 10% <input type="checkbox"/> 訪問看護初回加算 300 単位/1 月 <input type="checkbox"/> 特別管理加算 (I・II) 500 (250) 単位/月 <input type="checkbox"/> 訪問看護退院時共同指導加算 600 単位/1 月 <input type="checkbox"/> ターミナルケア加算 2000 単位/当該月 <input type="checkbox"/> 緊急時訪問看護加算 540 単位/月					
フリガナ ご利用者			男・女	M・T・S・H	年 月 日生 ( 歳)	
住所	〒 -					
連絡先①電話番号			キーパーソン(続柄)	( )	保険区分	
連絡先②電話番号(携帯等、連絡先①以外でご連絡のつく連絡先)					<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生活保護	
要介護度	要支援 1・2	申請中	医療証	<input type="checkbox"/> 障害者医療 <input type="checkbox"/> 老人医療		
	要介護 1・2・3・4・5		身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 ( 級) <input type="checkbox"/> 無		
介護保険負担割合証	( 1割 ・ 2割 )					
特定医療費(指定難病)受給者証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 【病名】					
医療 期間名		主治 医	( 科 ) 先生	主治医 確認	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	
他の訪問看護ステーションの利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ステーション名[ ] 有の場合：サービス内容 ( ) 職種：NS・PT・OT・ST <b>※医療保険の場合、他の訪問看護ステーションとの同日算定は不可です</b>					
現病歴 既往歴 状態 等						
<input type="checkbox"/> 入院加療中 ( ) 病院 月 日 退院予定 → 退院前カンファレンス 予定日時 月 日 : ~ 参加 ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) → 退院後 特別訪問看護指示書の発行予定 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )						
現在のサービス日時等 (それ以外の時間帯で調整します)						
	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						
備考	(看護内容・リハビリ内容への要望・希望回数・その他ご希望)					
事業所使用欄						