

# サービス依頼申込書



訪問看護ステーション ゴルディロックス 芝事業所

〒108-0014 東京都港区芝4-18-3 JTM-26 33号室 事業所番号：1361990094

Tel 03-6809-5342 Fax 03-6809-5343 担当：矢切（やぎり）角田（つのだ）

依頼年月日	平成	年	月	日	事業所番号：
事業所・病院名					
ご依頼者様 氏名					
連絡先	TEL：	FAX：			明治・大正・昭和・平成 年 月 日生まれ ( 歳)
ふりがな					
ご利用者様 氏名					
連絡先	TEL：	FAX：			男性 ・ 女性
住所					
現病歴 既往歴					

指示書発行医師（今回の利用における）

指示書手配	必要な場合の現在の状況	<input type="checkbox"/> 医療機関（主治医）了承済み	<input type="checkbox"/> ご利用者様指示書料了承済み（医療機関側算定）
<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要（発行済み）	<input type="checkbox"/> これからの承を得る	

医療機関名	主治医			科	先生
住所	TEL：			FAX：	

主治医（かかりつけ医）

※指示書発行医と主治医同じ場合同上と記載してください。

医療機関名	主治医			科	先生
住所	TEL：			FAX：	

介護保険認定	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	申請中
--------	---------	---------------	-----

特定疾患受給者証	有 ・ 無 申請中
----------	-----------

保険の種類	<input type="checkbox"/> 介護保険（割合 1 2）	<input type="checkbox"/> 医療保険（社保・国保）	<input type="checkbox"/> 公費
	<input type="checkbox"/> 生活保護：担当ケースワーカー名【 】		

その他 手帳など 【 】	他のステーション利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ステーション名 【 】
--------------	------------------------------------------------------------------	-------------

ご利用希望	<input type="checkbox"/> 看護	<input type="checkbox"/> リハビリテーション
-------	-----------------------------	------------------------------------

サービス種類 (介護保険)	<input type="checkbox"/> 30分未満 訪看 I 2 (463単位)	<input type="checkbox"/> 20分 訪看 I 5 (302単位)
	<input type="checkbox"/> 30分以上60分未満 訪看 I 3 (814単位)	<input type="checkbox"/> 40分 訪看 I 5 (302単位) (×2)
	<input type="checkbox"/> 60分以上90分未満 訪看 I 4 (1117単位)	<input type="checkbox"/> 60分 訪看 I 5・2超 (272単位) (×3)

ご利用目的					
-------	--	--	--	--	--

ご利用希望日	月	火	水	木	金
午前					
午後					

備考					
----	--	--	--	--	--