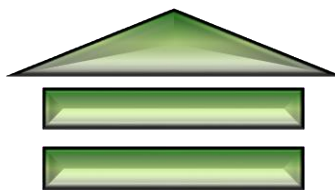


メディケア・リハビリ訪問看護
ステーション松阪 行

事業所番号:2460790278
TEL:0598-30-5070
FAX:0598-30-5075



| ご依頼元 | |
|--------|-----|
| 貴事業所名 | |
| 貴事業所番号 | NO. |
| TEL | |
| FAX | |
| ご担当者様 | |

サービス依頼書

| | | |
|--|---|---|
| お申込日 | 20 年 月 日 | |
| ご依頼 | 看護師 | <input type="checkbox"/> 訪看 I 1 (20分未満) 313単位 (予防)302単位 <input type="checkbox"/> 訪看 I 2 (30分未満) 470単位 (予防)450単位 <input type="checkbox"/> 訪看 I 3 (30分以上1時間未満) 821単位 (予防)792単位 <input type="checkbox"/> 訪看 I 4 (1時間以上1時間30分未満) 1125単位 (予防)1087単位 |
| | 療法士 | <input type="checkbox"/> 訪看 I 5 (20分) ... 293単位 (予防)283単位 <input type="checkbox"/> 訪看 I 5 (40分) ... 586単位 (予防)566単位 <input type="checkbox"/> 訪看 I 5・2超 (60分) ... 792単位 (予防)426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 |
| 加算 | 地域加算 <input checked="" type="checkbox"/> 10.00円 (その他) | <input type="checkbox"/> 訪問看護サービス提供体制強化加算2—3単位/1回 <input type="checkbox"/> 緊急時訪問看護加算 574単位/月 <input type="checkbox"/> 訪問看護初回加算 300単位/月 <input type="checkbox"/> 訪問看護退院時共同指導加算 600単位/月 |
| フリガナ | | |
| ご利用者 | 男・女 | T・S・H・R 年 月 日生(歳) |
| 住所 | 〒 - 電話番号 () | |
| キーパーソン(続柄) | () | 連絡先①電話番号 () |
| 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) | | () |
| | | 保険区分 <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 要介護 1・2・3・4・5 | 医療証 <input type="checkbox"/> 障がい者医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療 <input type="checkbox"/> 乳幼児医療 |
| 介護保険負担割合証 | (1割・2割・3割) | 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有 (級) <input type="checkbox"/> 無 |
| 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】 | | |
| 医療機関名 | 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 ※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。 | |
| 現疾病既往歴状態 | | |
| <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いたします) | | |
| | 月 | 火 |
| | 水 | 木 |
| | 金 | 土 |
| | 日 | |
| 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 | | |
| | | |