

ベストリハ訪問看護ステーション北千住

年 月 日



事業所名： _____

TEL： _____

FAX： _____

ご担当者様 _____

TEL: 03-5813-9898

FAX: 03-5813-9899

ご依頼	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> セラピスト	<input type="checkbox"/> 無料相談
ふりがな			
氏名	M・T・S・H 年 月 日(歳)		男・女
住所	〒 -		
電話番号	- -	キーパーソン: 続柄()	生活保護 有・無
要介護度	要支援 1・2	申請中	老人医療受給者症: 有(割)・無
	要介護 1・2・3・4・5		身体障害者手帳 : 有(級)・無
現病歴・既往歴 :			
主治医	医療機関名:	担当医:	TEL: - -
利用希望日 (複数選択可)	AM 月・火・水・木・金 ()		
	PM 月・火・水・木・金 ()		
希望される ご利用内容	訪問看護 ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 全身状態の観察 <input type="checkbox"/> 内服薬・外用薬の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置・予防 <input type="checkbox"/> 日常生活支援(食事・栄養等・排泄ケア・清拭・入浴など清潔ケア) その他: <input type="checkbox"/> 日常生活指導(食事・栄養等・排泄ケア・清拭・入浴など清潔ケア) その他: <input type="checkbox"/> カテーテル・ドレーン類の管理 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 中心静脈・点滴・輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 人工肛門・膀胱 <input type="checkbox"/> 酸素等 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 精神的ケア <input type="checkbox"/> 在宅用医療機器類の管理	
		リハビリ ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 関節運動 <input type="checkbox"/> 筋力強化 <input type="checkbox"/> 起居動作 <input type="checkbox"/> 立ち上がり練習 <input type="checkbox"/> トイレ動作 <input type="checkbox"/> 入浴動作 <input type="checkbox"/> 階段昇降練習 <input type="checkbox"/> 歩行練習 <input type="checkbox"/> 外出 <input type="checkbox"/> 車いす操作 <input type="checkbox"/> 呼吸練習
	<input type="checkbox"/> その他(医療的処置または医療機器などの装着、ご使用があればご記入ください。)		
備考欄(看護内容・リハビリ内容への要望・その他ご希望)			