



訪問看護利用申込書

申込日：令和 年 月 日

【お申込先】 Halo訪問看護ステーション宛

FAX：042-420-6243

【ご利用者様の情報】（★は必須項目です）

★フリガナ			★氏名		
★生年月日	(T・S・H) 年 月 日生 (歳)		★性別	☐ 男	☐ 女
★ご住所	〒		★お電話番号		
★主な疾患名					
★保険情報	☐ 介護保険	☐ 要支援（1・2） ☐ 要介護（1・2・3・4・5）			
		☐ 申請中			
	☐ 医療保険	☐ 後期高齢 ☐ 国保 ☐ 社保 ☐ その他（ ）			

【ご紹介元・主治医様の情報】（★は必須項目です）

1. ご紹介元について ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 医療機関 ☐ その他（ ）

★事業所名		★ご担当者名	
★電話番号		★FAX番号	
住所	〒		

2. 主治医様について ☐ 上記「1」に同じ

医療機関名		主治医名	
電話番号		FAX番号	
指示書	☐ 了承済み ☐ 未相談		

【お分かりになる範囲でご記入ください】（任意項目）

現在の状況	☐ 自宅 ☐ 入院中（退院予定： 月 日） ☐ 施設入所中（退所予定： 月 日）		
ご家族様の情報	氏名： 続柄：		
（緊急連絡先）	☐ 上記に同じ ☐ 別途（氏名： 続柄： 電話番号： ）		
他サービス	☐ 訪問介護 ☐ 通所介護 ☐ 訪問リハビリ ☐ その他（ ）		

【ご希望のサービス内容】

希望頻度	☐ 週1回 ☐ 週2回 ☐ 週3回 ☐ その他（ ）		
希望時間帯	☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 特になし ☐ 時間指定（ 時～ 時頃）		
希望内容	☐ 病状・バイタルチェック ☐ 清潔ケア（入浴介助・清拭など）		
	☐ 医療処置（ ） ☐ その他（ ）		

【備考欄】

--

本状をお送りいただきましたら、管理者より確認のお電話を差し上げます。ご多忙の折、誠にありがとうございました。