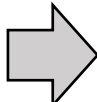


ナーシングホーム街家 入居申込書・受付表

記入日 年 月 日

※ TEL受付：月～金曜日 10:00～15:00

依頼者氏名 事業所 TEL FAX		コムラード株式会社 ナーシングホーム街家 TEL 0584-76-7702 FAX 0584-76-7703
----------------------------	---	--

太枠内をご記入いただき、FAXで送信をお願いいたします。受付後、担当者よりご連絡いたします。

氏名(フリガナ)	様 ()		
生年月日	年 月 日生	歳	男 ・ 女
住所	〒 TEL		
キーパーソン	続柄		携帯番号
訪問診療		居宅介護支援事業所	
主治医		ケアマネージャー	
TEL		TEL	
医療保険証	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 後期高齢者 ・ 障害手帳 級 減額認定証 区分Ⅰ ・ 区分Ⅱ ・ 生活保護		
介護保険証	要介護 ・ 申請中 ・ 区分変更中 ・ 負担割合証 割		
病名・状態	がん末期 緩和ケア ターミナルケア 告知 済 ・ 未		
医療ケア ○をつける	在宅中心静脈栄養(HPN) PICC CVポート 注射・点滴 麻薬管理 経鼻胃管 胃瘻 腸瘻 吸引 気管切開 人工呼吸器 NIPPV 在宅酸素 褥瘡 人工肛門 人工膀胱 尿道カテーテル 腎瘻 持続低圧吸引 インスリン 血糖測定 その他：		

訪問看護ステーション街家 使用欄

<input type="checkbox"/> 面談	<input type="checkbox"/> 退院支援会議		
<input type="checkbox"/> 契約書	<input type="checkbox"/> 保健証コピー	<input type="checkbox"/> 必要機器依頼	
<input type="checkbox"/> 訪問看護指示書	<input type="checkbox"/> 特別訪問看護指示書	<input type="checkbox"/> 福祉用具 連絡	
入居日	月 日	: 到着	号室
退居日	月 日		
			確認印