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：月ー金曜日 10:00～15:00

依頼者氏名 事業所 TEL FAX	コムラード株式会社 医療特化型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またはメール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	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 後期高齢者 ・ 所得区分： 心身障害者医療費受給者証：有　無 ・ 身障手帳　級 ･生活保護		
介護保険	なし ・ 要介護　・ 負担割合証　割 ・ 申請中 ・ 区分変更中		
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 〇をつける	在宅中心静脈栄養(HPN)　PICC　CVポート　注射･点滴　輸血　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

□面談		□退院支援会議
□契約書	□保健証コピー	□必要機器依頼
□訪問看護指示書	□特別訪問看護指示書	□福祉用具
□訪問薬局	□訪問歯科	
入居日　年　月　日　：　到着　居室		確認印
退居日　年　月　日		