

# ティエル訪問看護ステーション 訪問看護申込書

分かる範囲でご記入ください  
※印はできる限りご記入ください

★一部、相談員が委任を受けて加筆する場合があります

※申込日： 年 月 日 受付担当者（ ）

※ご相談者様のお名前	様 続柄	ご連絡先電話番号	-	-
------------	------	----------	---	---

(医療機関・事業所名、部署名)

※訪問看護依頼理由 (現在、お困りの内容等をご記入ください。)

## 訪問看護を受けるかたについて

※お名前	ふりがな 様	性別 男 ・ 女 ・ その他 ( )
※生年月日	西暦 ( M ・ T ・ S ・ R ) 年 月 日生	歳
※ご住所	〒 - 駐車スペース 無 ・ 有 [ 場所 ⇒ ]	
※電話番号	自宅 - - 携帯 - - (携帯所有者)	
※現在の状況	自宅 ・ 入院 ( 病院 科 担当医師名 )	
※病名・既往歴		
※経緯・状況		
内服薬	残薬 日分	【内容】*わかる範囲で
医療保険	1割 ・ 3割	限度額申請： 有 ・ 無 公費： 有 ・ 無
介護認定	なし ・ 要支援 ( 1 ・ 2 ) ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) ・ 申請中 ・ 区分変更中	
担当ケアマネジャー	事業所・担当者名	TEL - -
在宅サービス	受けていない ・ ①訪問看護 ・ ②デイサービス ・ ③訪問入浴 ・ ④訪問ヘルパー ・ ⑤その他 ( )	
	AM	月 火 水 木 金 土 日
	PM	
伝えておきたいこと	(宗教的なタブー・習慣など)	
※主介護者名	様 続柄	連絡先 - -
	同居 ・ 別居	ご住所

## 当院記入欄

初回面談日 ( 担当者： ) 初回往診日 ( )
--------------------------

★ご記入いただきました個人情報は、本来の目的以外には利用・使用いたしません。

ティエル訪問看護ステーション (川崎)

TEL : 044-221-2009  
FAX : 044-221-0331

ティエル訪問看護リハビリステーション町田

TEL : 042-706-8948  
FAX : 042-706-8949

ティエル訪問看護ステーション青葉

TEL : 045-511-8013  
FAX : 045-971-8013