

【FAX】

《訪問看護依頼》

宛先	訪問看護ステーション 彩り 小榊事業所	差出人	
FAX	<u>095-801-4212</u>	FAX	
TEL	095-801-3632	TEL	
件名	新規の依頼	日付	月 日

- 氏名： _____ 様 (_____ 歳) 男・女
- 介護： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 未申請
- 住所： 長崎市 独居・独居以外
- 電話： _____
- 主治医 病院名： _____ 医師： _____
- 病歴/症状： _____

《訪問看護への依頼内容》

- 健康管理 服薬確認 退院支援 ターミナル リハビリ
- 整容・清潔ケア (入浴・部分浴・洗髪・清拭・口腔ケア・陰洗・更衣介助)
- 相談支援 (家族相談・在宅医紹介・認知症相談・住環境相談・介護指導)
- 医療的ケア _____

《訪問看護希望日》

週に _____ 回 程度 / 月・火・水・木・金 / 午前・午後

《利用中のサービス》

- デイサービス デイケア ショートステイ 訪問介護 福祉用具
- その他 _____

《その他のご要望など》