

エントリーシート

親のご依頼の際は、下記にご記入の上、上記FAX番号・メールアドレスまで送信をお願いします。後ほど担当よりご連絡いたします。

依頼日	R 年 月 日 ()	受付者:	時間:
連絡者	所属・お名前: / 利用者様との関係:		
	ご連絡先電話番号:		
ご利用者名: 様 男性 女性		生年月日: 年 月 日 (歳)	
住所:			
電話番号: / 携帯番号:			
社会制度の利用: 国保(前期高齢・後期高齢)・社保・生保・介保(介護度)			
生活保護(市町村): 課 / 生活保護担当者:			
自立支援医療の利用: なし・あり→【プライマリー追加手続き: 済・申請中・予定(頃)】			
自己負担上限額: 2500円(低1)・5000円(低2)・5000円(中1)・10000円(中2)・20000円(一定以上)			
医療機関名:		主治医: 科 先生/PSW:	
傷病名:			
複数訪問: 不要・要 ①暴力・迷惑行為 ②利用者の身体的理由 ③利用者及び家族への支援 ④その他			
訪看目的: 服薬管理・精神ケア・その他(具体的に)			
訪看受け入れ: 本人=OK・NG・不明 家族=OK・NG・不明 Dr=OK・NG・不明			
希望曜日・時間帯:		男女スタッフ希望: できれば 男性・女性	
他サービスの利用状況:			
入院の経緯・現在の病状(病歴・生活歴などわかれば記入)			
家族構成:		キーパーソン(連絡先)	
退院時共同指導実施:			

【ステーション記入欄】

・指示書依頼: 年 月 日 () 発送 / 手渡し

・宛先: 指示期間: 初回訪問予定日: 担当者: