**新規ご利用者様申し込み票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **お申込日　R　　　年　　　月　　　日** | | **ご紹介元** | **事業所：**  **担当者様ご氏名：**  **Tel：**  **Fax：** |
| **利用保険証： 介護 ・ 医療 ( 社、国、後期、前期 )** | |
| **【 医療 】お持ちの受給者証** マル都、 マル乳、マル子、 マル障、 精神、  指定難病、特定疾病、被爆者公費、  東日本大震災、 生活保護 | |
| **ご利用者様氏名：**  **ふりがな**  **氏名**　　　　　　　　　　　　　　　　　（男　 女） | | **ご利用者様住所：　〒　　　　-**  **TEL**：**常時ご連絡がとれるところをご記入ください。** | |
| **生年月日**  （　　　　才） | |
| **キーパーソン(申込・主介護者)**  **氏名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄 ：**  **Tel ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所 ： 同居 ・ 別居 ( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)** | | | |
| **病名：（主な病名と既往症も含む）**  **現在のお身体、病態、介護環境（ＩＶＨ・胃瘻・気切・在宅酸素・人工呼吸器・透析の使用状況等を含む）**  **在宅療養中or入院中（退院予定　　　　　　　　　　　　）　　試験外泊等予定（　　　　　　　　　　　　　　）**  **要支援　１・２　　要介護　１　２　３　４　５**  **被保険者番号**  **有効期限　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日**  **負担割合　１割　　2割　　3割**  **ご利用中及び予定している医療・介護保険サービスの日時：**  **訪問看護・リハビリへのご要望や目的等**  **ご本人様**：  **ご家族様：** | | | |
| **ＣＭ様及びご家族様から主治医の先生に訪問看護依頼のお話（ 済・未 ）**  **主治医：**  **主治医連絡先：** | | | |
| **希望曜日・時間 ございましたら記入願います。** | **備考：**  **障害に対する理解度：** | | |
| **初回訪問予定日時：**  **契約予定日時：** |