

申込受付票Ⅱ

□同行訪問

申込者	連絡先
訪問看護事業所	名称 電話番号 () 訪問看護師氏名 :
主治医	医療機関名 医師名
患者基本	河北病院受診歴 : 有 無 ID — — フリガナ 氏名 _____ (男・女) H・S・T・M 年 月 日 歳 電話番号 (— —) 住所
病 名	
症状・状態	
サービス利用目的	
認定領域	<input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 皮膚排泄ケア <input type="checkbox"/> その他 ()
居宅介護支援事業所	名称 電話番号 () ケアマネジャー氏名 :
保険の種類	<input type="checkbox"/> 健康保険 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 共済保険 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 [国保] (本人・家族) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 (退職者) (本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 前期高齢者 (社保・国保) <input type="checkbox"/> 重度心身障害 [児] (負担金有・負担金無) <input type="checkbox"/> 公費 (難病医療) (負担金額 他院での負担金額) <input type="checkbox"/> 生活保護 (負担金有・負担金無)
希望日時	<input type="checkbox"/> 指定日 / 時間 () <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> その他 ()
備考	<input type="checkbox"/> 利用者の同意 <input type="checkbox"/> 訪問看護指示書または訪問看護計画書の控 <input type="checkbox"/> 訪問看護報告書 (後日) <input type="checkbox"/> 駐車場 (有・無) <input type="checkbox"/> 請求書郵送先住所 (患者基本記載住所と異なる場合) 〒 — — _____ 様