

オレンジーステーション利用申込書

申込日:令和 年 月 日

依頼者:	事業所名:	TEL:
	担当者名:	

ご利用を検討している方			キーパーソン		
フリガナ		男 ・ 女	続柄 ()		
氏名					
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (才)		家族構成		
住所					
電話番号					
介護度	要支援 () ・ 要介護 ()				
負担割合	1割 2割 3割				
主治医	医療機関				介護保険サービス利用状況
	診療科				
	主治医名				
	主病名				
希望サービス	看護	週 ・ 月 回	訪問可能な曜日	月 火 水 木 金	
			時間	午前 ・ 午後	
	希望の看護サービスの内容				
	<input type="checkbox"/> 症状・状態の観察 <input type="checkbox"/> 薬剤管理・指導 <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> 食事・栄養指導 <input type="checkbox"/> 褥瘡・傷の処置 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 排便管理 <input type="checkbox"/> 医療機器管理・指導 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 入浴・清拭保清 <input type="checkbox"/> 家族指導 ()				
リハビリ	週 ・ 月 回	訪問可能な曜日	月 火 水 木 金		
		時間	午前 ・ 午後		
<input type="checkbox"/> 身体のリハビリ <input type="checkbox"/> 言語、嚥下のリハビリ <input type="checkbox"/> 精神、認知機能のリハビリ					
その他					

不明な個所は、空欄で構いません。下記までFAXをしていただき、担当者から折り返しご連絡致します。

FAX:04-7189-8967

TEL:04-7164-5577