

# オレンジナースステーション利用申込書

申込日:令和 2 年 1 月 8 日

依頼者:	事業所名:居宅介護支援事業所 ○○○○	TEL:04-0000 - 0000
	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	オレンジ タロウ		オレンジ ハナコ	
氏名	オレンジ 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	続柄 オレンジ 花子 ( 妻 )	
生年月日	M・T・ <input checked="" type="radio"/> S・H 5 年 1 月 1 日 ( 89 才)		家族構成	
住所	千葉県柏市柏1-1-1		妻と2人暮らし 長男は都内在住	
電話番号	04 - 0000 - 0000			
介護度	要支援 ( ) ・ <input checked="" type="radio"/> 要介護 ( )			
負担割合	<input checked="" type="radio"/> 1割 2割 3割			
主治医	医療機関	オレンジクリニック		介護保険サービス利用状況 デイサービス(火・金) 1か月に1回ショートステイ
	診療科	内科		
	主治医名	田中 次郎		
	主病名	高血圧・糖尿病・大腿骨頸部骨折・認知症		
希望サービス	看護	週 <input checked="" type="radio"/> ・ 月 1 回	訪問可能な曜日	<input checked="" type="radio"/> 月 火 水 <input checked="" type="radio"/> 木 金
			時間	<input checked="" type="radio"/> 午前 ・ 午後
	希望の看護サービスの内容 <input checked="" type="checkbox"/> 症状・状態の観察 <input checked="" 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 checked="" 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 <input checked="" type="radio"/> ・ 月 1 回	訪問可能な曜日	月 <input checked="" type="radio"/> 火 水 木 金	
		時間	午前 ・ <input checked="" type="radio"/> 午後	
<input checked="" 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	11月に○○病院から退院された方です。老々介護のため服薬の管理が徐々にできなくなってきており、退院後転倒を繰り返している状態です。			

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。

オレンジナースステーション FAX:04-7189-8967

TEL:04-7164-5577