

# アオアクア 看護リハビリ申込書

お分かり頂ける範囲  
でご記入ください

平成 年 月 日  
お申込日 ( )

ご依頼	<input type="checkbox"/> 看護師 (30分以内・60分以内・90分以内)		<input type="checkbox"/> リハビリテーション(60分)	
フリガナ			性別	生年月日
ご利用者様			男・女	M・T S・H 年 月 日生 歳
現住所	〒		電話:	
			携帯:	
緊急連絡先	氏名		続柄	キーパーソン
	住所〒		電話:	
			携帯:	
特記事項(キーパーソン不在時の対応方法など)				
主病名	病名			アレルギーの有・無
症状	主な症状			
要介護度区分	申請中 (申請日 年 月 日) 要支援 (1・2) ・ 要介護 (1・2・3・4・5)			
保険情報	介護保険(負担割合 1割・2割) ・ 医療保険 ・ その他( )			
	被保険者番号		有効期限	
	交付年月日		認定年月日	
希望される ご利用内容に チェックして ください	ご利用回数	回 / 週 : 平成 年 月 日からの利用開始を希望します		
	ご訪問曜日	月・火・水・木・金・(土・日) ※ カッコ内は要相談		
	<input type="checkbox"/> 全身状態観察	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置	<input type="checkbox"/> 酸素管理	<input type="checkbox"/> ターミナルケア(終末期)
	<input type="checkbox"/> カテーテル管理	<input type="checkbox"/> 創傷処置	<input type="checkbox"/> 内服管理	<input type="checkbox"/> リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 食事介助・栄養補助	<input type="checkbox"/> 精神援助	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 入浴介助・清潔
	<input type="checkbox"/> ストマ管理	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
医療機関	名称		フリガナ	
			主治医氏名	
	住所〒		電話:	
		携帯:		
居宅介護 支援事業所	名称		ケアマネジャー氏名	
			事業所番号	
	住所〒		電話:	
		携帯:		
備考				

訪問看護リハビリステーションアオアクア

事業所番号 1360890030

大島ステーション 潮見サテライト 菊川サテライト 西葛西サテライト

FAX 03-5628-6140

03-6666-4917

03-5669-0816

03-6240-5890