

『サービス利用申込書』

医療法人 雄仁会
 訪問看護・訪問介護ステーション ルリエ
 TEL：0299-69-0772
 FAX：0299-77-7751
 〒311-2222 茨城県 鹿嶋市 小山1033-39

申し込み日： 年 月 日

この度は、地域社会に数ある訪問事業所の中から、当事業所「ルリエ」でのサービス提供を検討して頂き、ありがとうございます。
 サービス提供の開始までに必要となる手続きを行いますので、以下の項目に記入して頂きますよう、宜しくお願い申し上げます。
 ※注意：事業所の稼働状況によって、早急にご案内できない場合がありますので、予めご了承して頂けますよう、宜しくお願い申し上げます。（その際は、連絡・相談させて頂きます）

依頼事業所名：	
担当者様氏名：	様 連絡先：

利用者様氏名：	様	生年月日：	年	月	日
※個人名が特定できないように氏名の一部を伏せて記入して下さい。					
利用者様住所：					
※個人宅が特定できないように郵便番号・番地を伏せて記入して下さい。					

主たる傷病名：		
症状・治療の状態：		
医療機関名：	主治医氏名： 様	
医療機関住所：		
医療機関連絡先： /		
日常生活自立度	寝たきり度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
	認知症の状況	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
要介護認定	申請中 / 要支援（1・2） / 要介護（1・2・3・4・5）	

サービス職種	利用者様の希望、希望する曜日・時間・回数/週、利用したいサービス内容等
訪問看護	
訪問介護	
在宅リハ	

<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 空き待ち	・担当者 ・実調 / ・指示書依頼 / ・契約 / ・初回訪問 /
---	---