

訪問看護ステーションかぼちゃ 新規依頼申込書

TEL:047-411-8195 FAX:047-411-8196

令和 年 月 日

依頼事業所:

TEL:

依頼者:

FAX:

ご利用者氏名:	性別: 男 女	生年月日: (才)
住所: 〒		電話:
疾患名:		介護度:

緊急時連絡先(キーパーソン)					
氏名:		続柄:		電話番号:	
身体状況・支援内容等 依頼職種: 看護 リハビリ					
希望頻度: 回/週 月 火 水 木 金 土					
希望時間: 午前 午後 その他()					
他サービスの利用状況					
月	火	水	木	金	土 日
請求方法: 介護保険 医療保険 特定医療 生活保護 その他()				緊急加算: 要 不要 検討	
医療機関:				主治医:	

◆下記当ステーションでの確認事項◆

☐ 介護保険証確認～(写真撮影したらチェック。)

☐ 医療保険証介護保険証、負担割合証口公費助成券(写真撮影したらチェック。)

※限度額認証等をお持ちか、必ずお声がけしてください。

～算定加算の確認～(該当する加算をカイボケに入力したらチェック)～

☐ 初回加算 I ・ II (介護) ☐ 緊急時訪問看護加算 I (介護)

☐ 退院時共同指導加算(介護・医療) ☐ 退院支援指導加算 or ☐ 退院支援指導長時間(医療) ☐ 特別管理指導加算(医療)

☐ 24時間対応体制加算(医療) ☐ 情報提供書((難病お持ちの方、医療的ケア児、人工呼吸器)

☐ 特別管理加算 I ・ II (医療・介護 別表 8 に関わるもの 対象の医療ケア:)

入力者: 事務確認者: