

# 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)<br>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<br>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ポ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: