

YUIMARU LIFE 訪問看護ステーション 新規依頼申込書

TEL : 03-5879-6728 FAX : 03-5879-5988

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：		
依頼職種： 看護 リハビリ 身体状況・支援内容等				
希望頻度： 回/週 月 火 水 木 金				
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
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（退院当日の場合は ☐Ⅰ 翌日以降の訪問の場合 ☐Ⅱ） ※退院指導との算定不可。☐退院時共同指導加算 ☐退院支援指導加算（退院当日に訪問した時）☐特別管理指導加算☐緊急時訪問看護加算（介護保険） ☐24時間対応体制加算（医療保険）☐特別管理加算Ⅰ（気管カニューレ、気管切開、留置カテーテル＜胃、尿カテ、CV等）☐特別管理加算Ⅱ（在宅酸素、真皮を超える褥瘡、人工肛門、自己導尿、NPPV、点滴注射）☐情報提供書（対象者：難病お持ちの方、医療的ケア児（酸素、吸引、胃など）、人工呼吸器）

カイボケ入力者：

確認者：