

訪問看護（リハビリ）開始までの流れ

1. 訪問看護（リハビリ）の希望

- ・ご本人様やご家族様の希望などや主治医の先生からの勧めがあった場合は当事業所またはケアマネージャーさんにご相談下さい。

2. 当ステーションへの相談・依頼

- ・ケアマネージャーさんにはサービス依頼書をお送りますので、FAXにご記入の上、ご返信下さい。

3. 連絡・調整

- ・当事業所よりケアマネージャーさんに連絡し、ご希望を確認した上で、日程調整を行います。

4. 主治医へ指示書依頼

※サービス開始には訪問看護指示書が必ず必要になります。

- ・訪問看護指示書が当事業所に届いてからの訪問看護（リハビリ）サービスの開始となります。

5. 契約

- ・当事業所から契約日時のご相談をさせていただき、契約に伺います。

6. 訪問看護（リハビリ）開始

- ・訪問看護（リハビリ）を指示書・サービス提供票に基づいて開始いたします。

サービス依頼書 無料相談

訪問看護リハビリステーション

東京ケア メディカル

事業所番号:1362390120

TEL :03-5666-5678

FAX : 03-5666-5677

ご依頼元	
貴事業所名	:
貴事業所番号	:
TEL	:
FAX	:
ご担当者様	:

サービス依頼書

お申込日		年 月 日					
ご依頼	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> リハビリ (理学療法士)	医療 厚生労働大臣が定める疾病等 <input type="checkbox"/> あり [] <input type="checkbox"/> なし				
ふりがな ご利用者	男・女	齢・大証 齢・小証	年 月 日生 (歳)				
住所	〒 -	電話番号	① () ② ()				
キーパーソン (続柄)	()	経済状況に関する特記	<input type="checkbox"/> 生活保護 その他手帳・受給者証				
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中	高齢者受給者証・後期 高齢者医療保険者証 <input type="checkbox"/> 有 (割) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 小児慢特 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 []				
特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	【特定疾患名】					
医療機関名		主治医	(科) 先生				
他の訪問看護ステーションの利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ステーション名 []					
疾患名または障害名	①	②	③				
現病歴 既往歴							
現在の 状態	<input type="checkbox"/> 入院加療中 () 病院 月 日 退院予定						
現在のサービス日時等 (それ以外の時間帯で調整いたします)							
	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
備考	(看護内容・リハビリ内容への要望・希望回数・希望曜日・希望時間・その他ご希望)						

事業所使用欄

確認事項、訪問看護 (リハビリ) 開始日等: