

# 井 荻

事業所No.1361290164 トータルライフケア烏山訪問看護ステーション サテライト井荻(訪看)  
 〒167-0033 杉並区清水3-31-10 yashimaビル2階 TEL:03-6454-7280  
 烏山 〒157-0062 世田谷区南烏山5丁目3-3 TEL:03-5315-9308 FAX:03-5315-9309

依頼日 令和 年 月 日 《サービス利用申込票》

利用者情報	被保険者番号											
	保険者(区)	世田谷・目黒・杉並・中野・その他 ( ) (保険者番号 )										
	フリガナ氏名								電話番号	( )		
	住所	〒 マンション名										
	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日生 (満 歳)					性別	男・女				
保険	<input type="checkbox"/> 介護保険	認定日	H・R 年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 要支援1・2	<input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5				
	負担割合(1・2・3)	認定有効期間	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日									
	<input type="checkbox"/> 医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 級										
	<input type="checkbox"/> その他助成	<input type="checkbox"/> 都 医療券 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
介護者情報	フリガナ氏名								続柄			
	住所	〒										
	電話番号						携帯番号					
	その他の情報											

## 居宅介護支援事業者

事業所番号										
事業所名										
事業所所在地	〒									
電話番号						FAX番号				
担当ケアマネジャー名										

▼ ご希望のサービスに✓・○を記入してください

サービス内容	<input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 特別管理加算 <input type="checkbox"/> 24時間(介護・医療)	疾患						希望日時
		介護状況						開始日 月 日
	<input type="checkbox"/> 他ステーション(有・無) 事業所名 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 販売	希望する内容						決定日時
							曜 時~担当	
1.車いす 2.車いす付属品 3.特殊寝台 4.特殊寝台付属品 5.じょく椅子防用具 6.体位変換機 7.手すり 8.スロープ 9.歩行器 10.歩行補助つえ 11.認知症老人徘徊感知器 12.移動用リフト 13.自動排泄処理装置								

主治医	医療機関名	(診療科名: ) 通院・往診									
	住所	〒									
	電話番号						FAX番号				
	医師氏名										

サテライト井荻へFAX 03-6454-7281