本申し込み用紙をFAXにてご送信ください。ケアプラン・フェイスシート・サマリー・お薬情報等、直近の情報も併せてご送付願います。下記内容が他の情報提供書と重複する場合は空欄でも結構です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| カナ  【氏名】  【生年月日】　　　年　　　月　　　日 | 【年齢】　歳  【性別】男・女 | | 介護認定：有・無・申請中  介護度：支・介（1・2・3・4・5・） |
| カナ  【住所】  （自宅・施設入所・入院中） | | 【電話番号】 | |
| 【依頼元】  職種（　　　　　）・家族：続柄（　　　　　　）  お名前  電話番号 | | 【依頼経緯】  紹介者（主治医・ケアマネ・訪看）の勧め  （本人・家族）の希望  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 【ケアマネージャー】有・無 | | 【訪問看護】有・無・調整中 | |
| 施設名 | | 施設名 | |
| 担当ケアマネ | | 担当Ns | |
| 【かかりつけ医】①　　　　　　　　病院　　　　　科　　②　　　　　　　病院　　　　　　科 | | | |
| 【退院予定日】　　年　　月　　日・未定　　【通院】最近の通院日　　年　　月　　日・不明 | | | |
| 【病名】  【現在の状況】  【家族背景・キーパーソン】 | | 【問題点・依頼内容】  【ご本人・家族の希望】 | |
| 【その他】※連絡事項や書類作成依頼などあればこちらにご記入ください。 | | | |