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】1.
2.
 |
| 【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。 |