

訪問看護相談書

お申込日： 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日		
ご利用者様	様		男・女	年 月 日 歳		
現住所	〒			電話		
				携帯		
緊急連絡先				電話		
				携帯		
病名（精神疾患）				受診頻度	回/週・月	
主症状（精神症状により日常生活に支障が及んでいることなど）						
日常生活動作	食事			排泄		
	移動			意思疎通		
	清潔			その他		
通院先	医療機関名			主治医		
	住所			相談員		
	次回受診日			電話		
保険情報	精神通院医療証	有 ・ 無		保険種類	社保・国保（無料）・後期・生保	
	老人医療受給者証	有 ・ 無		※65歳以上の精神通院医療を受けておられる方は申請する事で病院やクリニックの保険診療が1医療機関あたり最大500円（月2回限度）3回目のご負担はありません。		
その他 保険受給者証						
相談（居宅） 支援事業所	事業所名			相談員 ケアマネ		
	住所	〒		電話		
				FAX		
ご利用回数	回/週 年 月 日からの利用希望 ※ 通常3回まで/週までご利用できます					
ご利用曜日	月・火・水・木・金 午前 ・ 午後 （備考）					
備考						
精神科訪問 看護の ご利用条件	ご利用条件は精神科に通院または通院予定のみです。また精神通院医療制度は特定疾患と同様で、介護保険より優先されません			精神通院医療の申請について	訪問看護の医療機関への依頼や精神通院医療の申請手続きといった医療機関等のやり取りは当事業所が全て代行させていただきます	



ほっとナビ
訪問看護ステーション
Hot Navi, Inc.®

FAX番号：0725-45-1776 にお送りください。

医療機関コード 0590535
介護保険事業所番号 2760590535