

利用申込書

お世話になっております。ご記入よろしくお願いいたします。

貴社名		申込日	年 月 日
事業所番号		TEL	— —
ご担当者様		FAX	— —

利用者	ふりがな		性別	男性 ・ 女性
	氏名		生年月日	年 月 日
			電話	— —
	住所	〒 区 丁目 番 号		
緊急時 連絡先	氏名		続柄	
	TEL①	— —	TEL②	— —

医療保険	国保 ・ 後期 ・ 社保 ・ その他	記号 番号	
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	公費負担	自立支援 ・ 生保 ・ 難病 ・ その他（ ）

介護保険	保険者番号		被保険者番号	
	交付年月日	年 月 日	認定年月日	年 月 日
	有効期間	～	介護度	

訪問看護指示書 依頼先	病院名		TEL	
	主治医		特記事項	

ご希望 曜日・時間	ご希望の（曜日・時間）に ✓ をお願いします。（複数選択可）											
			月		火		水		木		金	
	曜日 時間	AM	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
		PM	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	提供 時間	看護師	30分未満		30分以上60分未満		その他（ ）					
		療法士	40分		60分		その他（ ）					
	初回訪問希望日		年 月 日									

備考	
----	--



プレシャスケア訪問看護ステーション （株式会社プレシャス）

TEL 03 - 6662 - 7962 FAX 03 - 6662 - 7963 事業所番号 1362290726