

殿

名称

住所

電話番号

管理者氏名

以下の利用者に関する訪問看護の情報を提供します。

利用者氏名
性別（男 女） 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生（ 歳） 職業
住所
電話番号（ ） —

主治医氏名	
住所	
主傷病名	
日常生活活動(ADL)の状況（該当する事項に○）	
移動 自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助	食事 自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助
排泄 自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助	入浴 自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助
着替 自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助	整容 自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助
要介護認定の状況（該当する事項に○）	
自立 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)	
病状・障害等の状態	
1月当たりの訪問日数(訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること)	日(回)
家族等及び主な介護者に係る情報	
看護の内容	
必要と考えられる保健福祉サービス	
その他特記すべき事項	

【記入状の注意】

1 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。