

訪問看護の情報提供書

(情報提供先) 殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称
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 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	

【記入上の注意】

1 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。