

| | | |
|--|--|--|
| ⑩現在利用中のサービス または 退院後利用予定のサービス | <input type="checkbox"/> 訪問看護()頻度: | <input type="checkbox"/> 訪問リハ()頻度: |
| | <input type="checkbox"/> 訪問看護24H対応 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 | <input type="checkbox"/> 通所()頻度: |
| | <input type="checkbox"/> ヘルパー()頻度: | <input type="checkbox"/> レスパイト入院()頻度: |
| | <input type="checkbox"/> ショートステイ()頻度: | <input type="checkbox"/> その他 |
| | <input type="checkbox"/> 調整中 | <input type="checkbox"/> 利用していない |
| ⑪週間サービス予定 | 月()火()水()木() 金()土()日() <input type="checkbox"/> 現時点では不定 | |
| ⑫社会的留意点 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老々介護 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 経済的問題 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 虐待疑い <input type="checkbox"/> 親の持病 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし | |
| ⑬駐車場 | 有 ・ 無 | 停める場所: |
| ⑭請求書先住所 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他() | |
| ⑮その他特記事項 | | |
| ⑯退院予定日時 | 年 月 日 | 午前・午後 時 |
| ⑰初診確定日時 | 年 月 日 | 午前・午後 時 |
| 宛先 なないろクリニック TEL:0742-52-0716 FAX:0742-52-0717 | | |

※できるだけすべての項目を記入して頂きますようお願いいたします。