

横浜さかえ内科への訪問看護指示依頼書 記入日 年 月 日

患者氏名 _____ 男・女（ _____ 歳）

明・大・昭 年 月 日生まれ

担当ケアマネジャー事務所 _____ 担当者氏名 _____

支援センター名	担当者氏名

主たる傷病名①()
主たる傷病名②()
主たる傷病名③()

介護保険を受けるに至った疾患の経緯について

寝たきり度

☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2

認知症の状況

☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M

現在の介護度の□にレ点を付けてください。

☐要支援 1 ☐要支援 2 ☐要介護 1 ☐要介護 2 ☐要介護 3 ☐要介護 4 ☐要介護 5

療養生活指導上の留意事項

屋外步行

☐していた ☐していない

リハビリテーション

☐理学療法士 ☐作業療法士 ☐言語聴覚士が
1日あたり（　　）分を週（　）回していた。

その他何かございましたらご自由にご記載ください。