

サービス依頼書

訪問看護ステーションしん 宛

FAX: 072-895-5534

※詳しい事業所情報は
裏面をご確認下さい

依頼日： 年 月 日

依頼内容	<input type="checkbox"/> 看護師 (訪看 I1・訪看 I2・訪看 I3・訪看 I4) 看護内容：	<input type="checkbox"/> 療法士 (リハビリ) 提供時間 (20分・40分・60分) 訪看 I5 リハ内容：									
事業所名		事業所番号									
住所		ご担当者様									
電話番号		FAX 番号									

(フリガナ) 氏名	()	性別	生年	明・大	年	月	日	(歳)
		男・女	月日	昭・平				
住所 (訪問先)	〒							

※訪問先が大東市・四條畷市・門真市・守口市の場合は、大東出張所からの訪問となります。

電話番号		要介 護度	要支援 (1・2)	負担 割合	
生活保護	有 ・ 無		要介護 (1・2・3・4・5)	割合	割
疾患・既往歴					

特定疾患医療受給者証	有 ・ 無 ・ 申請中 (申請日 月 日) ⇒ (受給者証の疾患名：)
------------	---

主治医	主治医へサービス導入の確認 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 ⇨訪問看護指示書の発行が必要となります
	医療機関名： 主治医名： (科) 先生

他の訪問看護ステーションの利用*他のステーションとの同日訪問は、減算又は算定不可の場合があります。	(ステーション名：) 職種 (NS ・ PT ・ OT ・ ST)
---	---

(病院)入院中 (月 日)退院予定
退院前カンファレンス <input type="checkbox"/> 有 (月 日) 時間 : ~ <input type="checkbox"/> 無

現在のサービスご利用状況

	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						

その他ご希望がございましたらご記入下さい

○事業所情報○

法人名称	株式会社 しんキュービック		
事業所名称	訪問看護ステーションしん		
住所	〒576-0041 大阪府交野市私部西一丁目11番5号 HIKO 壱番館 208 号室		
電話番号	072-895-5535	FAX 番号	072-895-5534
管理者	西郷 直樹		
介護保険事業所番号	2763690050		

出張所事業所名称	訪問看護ステーションしん 大東出張所		
住所	〒574-0071 大阪府大東市深野北一丁目5番48号コムズプラザ深野北104号室		
管理者	西郷 直樹		
介護保険事業所番号	2763690050 (事業所本体と同じ)		

※書類等は本部にて一括管理となりますので、郵送物、TEL、FAX 等のご連絡は、訪問看護ステーションしん(交野市)へ お願い申し上げます。

介護給付費算定に係る体制等状況 訪問看護(予防訪問看護)

地域区分(訪問看護ステーションしん)	5級地 10.7
地域区分(訪問看護ステーションしん 大東出張所)	3級地 11.05

(訪問看護ステーションしん・訪問看護ステーションしん 大東出張所 共通)

施設等の区分	訪問看護ステーション
緊急時訪問看護加算	あり
特別管理体制	あり
サービス提供体制強化加算	なし
看護体制強化加算	なし
同一建物に居住する利用者の減算	なし
中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況)	非該当
中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況)	非該当

平成29年度6月現在

単位表

看護師による訪問		
20分未満	訪看 I 1	310 単位
30分未満	訪看 I 2	463 単位
30分～60分未満	訪看 I 3	814 単位
1時間～1時間30分未満	訪看 I 4	1117 単位

療法士による訪問(PT・OT・ST)		
20分	訪看 I 5	302 単位
40分	訪看 I 5×2回	604 単位
60分	訪看 I 5・2超(272単位)×3回	816 単位

平成29年度6月現在

※その他加算 初回加算 300 単位 退院時共同指導加算 600 単位 ターミナルケア加算 2000 単位