

利用開始受付票（新規依頼受付シート）

～正確な情報を受け取り、安心につながる利用開始へ～

受付日： 年 月 日（ ）

受付時間： : ~ :

1. 依頼元・連絡者情報

依頼元の種類 (ひとつに○)	☐ 病院 ☐ 医療機関 ☐ 介護サービス ☐ ご本人・ご家族 ☐ その他（ ）
事業所名・ 機関名	
ご担当者名	
ご連絡先	TEL： () - FAX： () -
ご関係・役割	

2. 利用者（ご本人）情報

フリガナ	
お名前	様
生年月日・年齢	大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）
ご住所	〒 -
電話番号	() -
入院中／在宅	☐ 入院中 ☐ 在宅 ☐ 入院先(病院名・病棟：)
退院予定日 (入院中の場合)	年 月 日頃

3. 医療情報

主治医	先生（医療機関名： ）	病名・主な疾患
現在の状態・経過 (分かる範囲でご記入ください)		
医療処置・管理が必要なもの (該当に✓)	☐ 点滴 ☐ 胃ろう ☐ 経管栄養 ☐ 吸引 ☐ 人工呼吸器 ☐ 尿カテーテル ☐ ストーマ ☐ 褥瘡（ 部位： ） ☐ その他（ ） ☐ なし	

4. 希望内容

ご希望のサービス（該当に✓）	
☐ 看護のみ ☐ リハビリ（PT/OT/ST）のみ ☐ 看護とリハビリの両方	
希望開始日	年 月 日 希望
希望する曜日・時間帯（分かる範囲で）	
曜日： ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日	
時間帯： ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 時間は問わない	

5. ご担当者情報（ケアマネジャーなど）※分かる範囲でご記入ください

ケアマネジャー名	様
事業所名	TEL： () -
地域包括支援センター名	TEL： () -

6. その他の確認事項

緊急性	☐ 緊急（できるだけ早く対応希望） ☐ 通常
特記事項・ご要望	
紹介の経緯 (該当に✓)	☐ 病院からの紹介 ☐ ケアマネからの紹介 ☐ ご家族等からの相談 ☐ ホームページ ☐ 紹介（知人・他事業所など） ☐ その他（ ）

7. 受付者記録

受付者氏名	
受付方法	☐ 電話 ☐ FAX ☐ メール ☐ その他（ ）
管理者へ共有	☐ 済（ 年 月 日 時 分） ☐ 未

【管理者確認欄】

受け入れ可否 ☐ 受け入れ可能 ☐ 条件付きで可能 ☐ 困難

確認者： 確認日： 年 月 日

備考：