様式第15号(第3条関係)

保護変更申請書(傷病届)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ※指定医療機関名 |  | | | | ※発行年月日 | | 年　月　日 |
| ※受理年月日 | | 年　月　日 |
| 利用者氏名 |  | | 居住地 | |  | | | |
| 世帯主氏名 |  | | 現在受けている扶助 | | | | 生・住・教・介・医・その他 | |
| 病状および理由 |  | | | | | | | |
| 上記のとおり生活保護法による保護の変更を申請します。 | | | | | | | | |
| 健康福祉センター所長　様 | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 住所  申請者　氏名  利用者との関係 | | | | | | | | |

老人訪問看護要否意見書(新規・継続)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※利用者氏名 | |  | | ※生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 主たる病名 | |  | | 訪問看護開始年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 病状・治療状態(改善の見込み等) | |  | | | | | |
| 訪問看護見込期間 | | 箇月 | 訪問看護見込回数(1週当たり) | | 1　1回  2　2回  3　3回 | | 4　4回以上  5　その他  (　週当たり　回) |
| 実施が適当と思われる訪問看護事業者 | | 所在地  名称 | | | | | |
| 上記のとおり老人訪問看護を(1　要する　2　要しない)と認めます。  　　年　　月　　日  　健康福祉センター所長　様  指定医療機関の所在地および名称  院(所)長(担当医師)氏名 | | | | | | | |
| ※ | 1　訪問看護の要否(ア　要する　　イ　要しない)  2　訪問看護見込期間(　　箇月)  3　訪問看護見込回数(1週当たり　回(週当たり　回))  4　参考意見　　　　　　　　　年　　月　　日  嘱託医　　　　　　　　印 | | | | | | |

(記入上の注意)

　　※印の欄は健康福祉センターで記入します。