

令和 年 月 日

## プライベートナース 申込事前相談覚書（発注依頼書）

### 《 申込者・ご利用者様 》

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ (満年齢 才)

介護度 \_\_\_\_\_ 持病 \_\_\_\_\_ ワトレイ利用者 はい / いいえ

### 《 住所 》

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ -

### 《 緊急連絡先 》

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ -

### 《 担当 》

氏名 \_\_\_\_\_ 施設名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - 役職 \_\_\_\_\_ 資格 \_\_\_\_\_

### 《 かかりつけ医 》

氏名 \_\_\_\_\_ 病院・医院 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - 役職・資格 \_\_\_\_\_

### < 契約期間 >

令和 年 月 日 →

訪問頻度・訪問日・訪問時間

### < 発注経緯・サービス内容・事前相談での確認事項 > 具体的に

### < 記入者 >

令和 年 月 日 時 分