


# 新規訪問診療 問い合わせ表

相談日	令和 年 月 日 ( )			相 談 者	氏名	
					職種	
利用者	氏名	ふりがな	男 ・ 女		電話番号	
					事業所名	
	生年月日	T・S・H ( )歳				
	電話番号					
	住所	〒				
医療保険	有 ・ 無 番号 :					自己負担 ( ) 割
介護保険	有 ・ 無 番号 :					要支援 ( ) 要介護 ( )
訪問看護	事業所名 :					
ケアマネ	事業所名 :					御担当者様
デイサービス	有 ・ 無 ( 曜日)					
ショートステイ	有 ・ 無 ( 曜日)					
病名告知	済 ・ 未		駐車スペース	有 : 無	表札	有 : 無

 疾病名および病状 (\* 簡単に結構です)

 既往歴

 キーパーソン・同居人 \* 携帯電話等、連絡先がわかればご記入ください。

 医療管理

- ☐ 自己注射(インスリン・その他)   
 ☐ 点滴管理( CV ・ 末梢 )   
 ☐ 経管栄養( 胃瘻 ・ 経鼻 )  
☐ 痰吸引   
☐ 気管切開   
☐ 在宅酸素   
☐ 人工呼吸器   
☐ 褥瘡 ・ 創傷処置  
☐ 膀胱留置カテーテル   
☐ 腎瘻 ・ 膀胱瘻   
☐ 人工肛門   
☐ その他 ( )

