

医療法人社団 千葉爽緑会  
ふたば在宅クリニック

## 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 (\*簡単で結構です)



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 ( )
