

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 ()
