

## **☆ 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 (	)		氏名		
		T					職種 		
利用者	氏名	ふりがな			男	男相	電話番号		
					•	談	事業所名		
					女	)歳			
	生年月日	T·S·F	1	(	( )歳				
	電話番号					1			
	住所	₹				1	I	l .	
		有・	無 番号:				自己負担(	)割	
		有・	 無 番号:					要介護(	)
		事業所名	•						
ケアマネ		事業所名:							
デイサービス		* ・							
ショートステイ		15							
 病名告知		泽	<u> </u>	未	駐車スペ-		有・無	表札	有・無
※ 疾病名および病状 (*簡単で結構です)  既往歴  *** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** **									
<ul> <li>ご 医療管理</li> <li>□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)</li> <li>□痰吸引 □気管切開 □在宅酸素 □人工呼吸器 □褥瘡・創傷処置</li> <li>□膀胱留置カテーテル □腎瘻・膀胱瘻 □人工肛門 □その他(</li> </ul>									