



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	
		生年月日			T・S・H ()歳	事業所名
	電話番号					
	住所	〒				
訪問看護	事業所名 :					
ケアマネ	事業所名 : 御担当者様					

 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 ()