



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 ()

