



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 | |
| 利用者 | 氏名 | ふりがな | 男 ・ 女 | | 職種 | |
| | | | | | 電話番号 | |
| | 生年月日 | T・S・H | ()歳 | | 事業所名 | |
| | 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 ()

