




# 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	〒				
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 ( )

