






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 年 月 日 ()歳			事業所名	
	電話番号					
住所	〒					
訪問看護 *ご利用あれば	事業所名 :					
ケアマネ *ご利用あれば	事業所名 :				御担当者様	

 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 ()