





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 ()

