



新規訪問診療 問い合わせ表

相談日	年 月 日 ()		
相談者	事業者名		氏名
	TEL		FAX
利用者	氏名	ふりがな	
	生年月日	年 月 日	TEL
	住所	〒	
かかりつけ医	有・無	医療機関名：	診療情報提供書 (有・無)
医療管理	<input type="checkbox"/> 自己注射管理 (インスリン・その他) <input type="checkbox"/> 点滴 (CVポート・末梢) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃瘻・経鼻) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()		
身体状況	日常生活自立度 (寝たきり度)	自立 J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	認知症高齢者 日常生活自立度
医療保険	有・無	自己負担 () 割	生活保護制度利用 (有・無)
介護保険	有・無	自己負担 () 割	要支援 () 要介護 ()
利用 サービス	居宅介護事業所	事業者名：	担当者様：
	訪問看護	事業所名：	利用曜日 ()
	デイサービス	有・無	利用曜日 ()

下記事項、簡単に結構です。

◇病名および症状 (病名告知：有・未)
#1 症状 ()
#2 ()
#3 ()
◇お困りの事
◇キーパーソン・同居人 ※連絡先が分かればご記入ください。 氏名： (続柄：) 連絡先：