

## 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 男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	TEL
	住所	〒 駐車スペース (有・無) 表札 (有・無)	
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 ( )		
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 ( )
利用制度	自立支援 (精神通院) ・ 指定難病 ・ その他 ( )		
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	
◇キーパーソン・同居人 ※連絡先が分かればご記入ください。	家系図
氏名： (続柄： )	
連絡先：	
◇備考	