



訪問診療のご相談の方は、下記の内容をわかる範囲でご記入いただき、FAXにて送信ください。
ご相談者さま宛に折り返しご連絡いたします。（※電話番号は必ずご記入ください）

年 月 日

■ご相談者さま

お名前		電話番号	
ご所属		患者さま とのご関係	ご家族・病院・ケアマネ・訪看・ ヘルパー・その他（ ）

■ご利用ご希望の方について（わかる範囲でご記入ください）

ふりがな お名前	男・女	生年月日 T・S・H・R	年 月 日 歳
ご住所	〒 電話番号		
療養状況	・自宅（治療なし） ・自宅（通院中） ・施設入居中 ・入院中（病院名） ・その他（ ）		
主な病名			
主治医	医療機関名（ ） 医師名（ ）		
介護保険	・未申請 ・要支援（ 1 2 ） ・要介護（ 1 2 3 4 5 ）		
ケアマネ	事業所（ ） 担当者（ ）		
訪問看護	事業所（ ） 担当者（ ）		
医療処置	<input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経腸栄養（①経鼻胃管 ②胃ろう ③腸ろう ④その他） <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル管理 <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

■ご相談内容

（例：ご飯を食べない/入院を勧められているけれど本人が嫌がっている など）

■その他の事項

内容を確認後、ご相談者さま宛に折り返しご連絡いたします。