

新規のご相談

記入日

年

月

日

ご連絡者様のお名前	
事業所名・病院名	
電話番号	
職種	<input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 退院調整看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> ご家族（続柄 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
ご相談内容	<input type="checkbox"/> 往診のご相談 <input type="checkbox"/> 訪問看護のご相談 <input type="checkbox"/> 緩和ケア外来のご相談 <input type="checkbox"/> 受け入れ状況の確認 <input type="checkbox"/> その他（ ）
当院をどのようにお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 病院からの紹介 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーからの紹介 <input type="checkbox"/> 家族友人・知人からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> 過去に依頼したことがある <input type="checkbox"/> その他（ ）

患者氏名			
生年月日	年 月 日（ 歳）	男性・女性	
住所			
電話番号			
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他		
介護保険	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 区変中	負担割合 割	
医療保険	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他	負担割合 割	限度額認定証 あり・なし
公費	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定医療費 <input type="checkbox"/> マル障 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
主治医	病院/診療所	科	医師
病名			
経過	<input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 治療せず緩和ケアのみ希望 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
医療行為の必要性	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他（ ）		
主治医はこのご相談のことをご存知ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
ご本人は病名をご存知ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
介護保険の申請はされていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
訪問看護をご利用中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
ケアマネジャーはいらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
いろいろなことを決めるのはどなたですか？ （キーパーソン）	名前 連絡先	続柄	
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居		
今困っていること			