

# 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"/> ケアマネージャー <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"/> ケアマネージャーからの紹介 <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( 病院名 ) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )	
医療保険	医療保険番号:      記号・番号:      有効期限: 年 月 日	
	自己負担割合: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 限度額認定証: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他
公費	公費負担者番号:	割合: 割
	公費受給者番号:	有効期限: 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患( ) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( )級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 難病( ) <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳	
介護保険	申請状況: 未申請 ・ 申請中 ・ 申請済み	認定日: 年 月 日
	(要介護状況区分)	有効期限: 年 月 日
	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	ケアマネージャー <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない (担当者名: )
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じですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ご本人は病気のことをご存じですか？	<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 (事業所名: ) <input type="checkbox"/> いいえ (担当者名: )	
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:      続柄: 連絡先: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居	
今困っていること		