



0968-62-0622

訪問診療に関するご相談シート

相談日 年 月 日

相談者情報

相談者氏名		患者との続柄	
相談者連絡先		Tel	

患者情報

患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	<input type="checkbox"/> T / <input type="checkbox"/> S / <input type="checkbox"/> H 年 月 日 (歳)			
住所等	〒 Tel ()			
介護度	状況	<input type="checkbox"/> 未申請 / <input type="checkbox"/> 申請中 / <input type="checkbox"/> 申請済 / <input type="checkbox"/> なし		
	区分	要支援(<input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2) / 要介護(<input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5)		
担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	担当者		事業所
介護サービス	1. 導入済・訪看 ST名() 2. 検討中 3.その他			
医療機関名		主治医		
現病歴・既往歴	現在(<input type="checkbox"/> 入院 / <input type="checkbox"/> 通院中)			

ご相談内容	
伝えておきたい事	