

相談年月日 西暦 年 月 日

ご相談者氏名		ご関係		本人・家族・CM・他()			
ご連絡先		TEL: - -		希望時間帯: : ~ :			
ふりがな							
利用者様氏名		男・女					
住所	〒						
	駐車場 有・無						
電話番号			生年月日	M・T・S	年	月	日()
健康保険証: 国保・後期・組合・協会・共済・生保・他()							
身体障害者手帳: 有・無		福祉給付: 有・無 (担当)			特定疾患: 有・無		
介護認定 有・無 申請中		介護度		支 1・2 介 1・2・3・4・5			
CM氏名		居宅事業所名			TEL		
訪問看護	利用中・導入調整中・未利用			施設名: 担当者:		TEL: -	
薬局	店名						
	TEL:			FAX:			
現主治医						診療情報提供書 有・無	
病名							
既往歴		最終退院日					
病状 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 他()							
現在使用医療機器 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 胃瘻チューブ <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開チューブ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル							
問題点 <input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 気道管理(吸引・気管切開) <input type="checkbox"/> 排泄(おむつ・尿カテ・ポータブル) <input type="checkbox"/> 皮膚・褥瘡 <input type="checkbox"/> 他()							
現サービス ①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤訪問リハ							
	日	月	火	水	木	金	土
AM							
PM							
家族氏名		年齢	続柄	同居の有無		構成図	
				同・別			
				同・別			
				同・別			
				同・別			
				同・別			
				同・別			
				同・別			
緊急連絡先		1. 氏名			電話:		
		2. 氏名			電話:		
		3. 氏名			電話:		
主介護者		1. 氏名	続柄	年齢	健康状態: 良・不良()		
		2. 氏名	続柄	年齢	健康状態: 良・不良()		
		3. 氏名	続柄	年齢	健康状態: 良・不良()		
ご本人・ご家族の希望・他・趣味							