

[介・予防・医・精]

訪問看護等相談受付票

契約書 No. _____

訪看台帳 NO. _____

指示書発送日 / (発送者名)

受付月日：令和 年 月 日		受付者	受付方法： 電話 ・ 来所 ・ その他
契約日： 年 月 日 時 分～		契約・初回 NS：	
初回訪問日： 年 月 日 時 分～		担当 NS：	
相談者	氏名	CM D r F a PHN MSW NS 他	
	住所 所属機関	電話 () FAX ()	
利用者	氏名	(フリガナ) 男・女	M.T.S.H 年 月 日 (歳) 独居・同居 主介護者 ()
	住所 所属機関	電話 ① ②	
医療機関 主治医		住所：〒 _____ 区 電話 () FAX ()	
病名		精神通院医療 (有 無) 特定医療費 (有 無)	
医療処置	IVH. M-T. PEG. B-T 梅瘡. HOT. スマ. インシュリン 腹膜透析 気切 人工呼吸器 (侵襲・非侵襲) [] ドレーン管理 []		

依頼内容

1. 療養上の世話 【食事・栄養・排泄・清潔等、機能訓練、介護相談・指導、薬管理、家族関係等相談、療養環境整備、その他】
2. 診療の補助 【状態観察、創処置、診療介助、装着医療機器管理・指導、検体採取、注射、その他】

入院・介護情報	訪問頻度 回 / 週・月
・ 入院中 (退院予定日 /) ・ 在宅	訪問時間 : ~ :
・ 未申請 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	希望曜日 月・火・水・木・金
・ 退院前カンファレンス予定 ()	

状態・経過など