

契約書 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～ 初回訪問日：    年    月    日      時    分～			契約・初回 NS： 担当 NS：	
相談者	氏名	CM Dr Fa 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)
	住所 所属機関	世田谷区	独居・同居	主介護者 (                  )
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 褥瘡.   HOT.   ストマ.   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				
・ 入院中（退院予定日       /       ）・ 在宅 ・ 未申請 要支援１・２ 要介護１・２・３・４・５ ・ 退院前カンファレンス予定 (                                  )			訪問頻度                                  回／        週・月	
			訪問時間                                  :        ~        :	
			希望曜日                                  月・火・水・木・金	
状態・経過など				