みる訪問看護ステーション　行き　　令和　　年　　月　　日

訪問看護ご相談用紙

ご依頼元	ご依頼者名：　　お名前：		
	TEL：　　FAX：		
ご利用者名	ふりがな お名前	□　男性 □　女性	生年月日 年　　月　　日(　　)歳
	ご住所：		
主介護者	お名前：　　続柄（　　）連絡先：		
傷病名			
現在のご状況	□ ご自宅で療養中　　□ 入院中　　□ 施設入所中		
現在の身体状況 内服状況など			
ご使用中の医療機器	□　有（　　）□　無		
かかりつけ医	主治医： 医療機関名： 訪問看護介入に対して主治医の了承　□　有　　□　無		
ご依頼内容	【看護】 □症状観察　□医療機器の管理　□排便コントロール　□服薬管理　□清潔ケア □褥瘡ケア　□精神的ケア　□介護相談　□家族支援　□ターミナルケア □療養指導　□食事相談　□　その他（　　）		
	【リハビリ】 □ 嚥下評価　　□ 嚥下訓練　　□ 失語症に対するリハビリテーション		
訪問ご希望日時	曜日　　時　　分　　（　週　　回　）		
要介護状況	要支援：　１・２　　要介護：　１・２・３・４・５（区分変更中・更新中）		

FAX番号：０５８－２１５－９７８２

TEL:０５８－２１５－９７８１