



FAX 092-580-8807

訪問診療相談シート (FAX用)

送信日	平成 年 月 日 () 曜日		
相談者名			
相談者連絡先	住所： 電話番号： () -		
患者様氏名	様 (男 ・ 女)		
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (満 歳)		
患者様住所	住所： 電話番号： () -		
病名			
状態	移動	自立 ・ 軽介助 ・ 全介助	歩行 ・ 車椅子 ・ ベッド移動
	食事	自立 ・ 軽介助 ・ 全介助	胃瘻 ・ 絶飲食 ・ その他
	排泄	自立 ・ 軽介助 ・ 全介助	トイレ ・ ポータブルトイレ ・ おむつ
	清潔	自立 ・ 軽介助 ・ 全介助	入浴 ・ シャワー ・ 清拭
相談内容	自宅 ・ 入院中 ・ 施設入所中		
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 介護認定なし 申請中		
保険等	国民保険 ・ 社会保険 ・ 後期高齢者 ・ 生活保護 ・ 介護保険証		
	障がい手帳 ・ 特定疾患手帳 ・ その他 ()		
現在の内服薬	お薬手帳	内容	
	有 ・ 無		
入院中もしくは通院中の医療機関名		主治医：	
ケアマネージャー	有 ・ 無	事業所名：	担当者：
訪問看護	有 ・ 無	事業所名：	担当者：
訪問介護	有 ・ 無	事業所名：	担当者：