

相談先の訪問看護ステーション名、FAX 番号をお書きください

() 宛



(かがみ不要) (FAX: - -)

【訪問看護の困りごと相談シート】

相談日 令和 年 月 日

相談者所属	事業所名：
氏名・職種	氏名： 職種：
連絡先	TEL： FAX：
回答希望日	令和 年 月 日までに回答希望
回答方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール (アドレス：)

<下記の相談があります>

利用者情報	居住地： 年齢： 歳、 性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 主疾患名：
かかりつけ医 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 有：医療機関名 _____ 診療科 _____ <input type="checkbox"/> 無 現在は、 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 自宅
相談内容 (該当するものに☑) ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1. 訪問看護が対応可能か相談したい (訪問先までの距離、訪問回数など) <input type="checkbox"/> 2. 訪問看護の使用保険 (医療保険・介護保険) について 相談したい <input type="checkbox"/> 3. 訪問看護の具体的なケアについて相談したい (内服管理、傷の処置、点滴、酸素管理など) <input type="checkbox"/> 4. 訪問看護の制度について相談したい <input type="checkbox"/> 5. 訪問看護の費用について知りたい <input type="checkbox"/> 6. その他の相談または、1~6 の詳細 []