

# 相談票（訪問看護・訪問リハビリ）

|  |                |                 |      |               |
|--|----------------|-----------------|------|---------------|
| 相談日時   | 年 月 日          |                 |      |               |
| 相談者氏名  |                | 連絡先             |      |               |
| ふりがな   |                | 生年月日            | 年齢   | 歳             |
| 利用者指名  |                | 様               | 男・女  | M・T・S・H 年 月 日 |
| 住所   | 指示書依頼先(かかりつけ医) |                 |      |               |
| 電話   | 電話             |                 |      |               |
| 訪問看護で利用する保険  |                | 介護保険・医療保険       |      |               |
| 介護保険   | 申請済・申請中・未      |                 | 申請日  |               |
|  | 要介護度           | 支1・支2・1・2・3・4・5 | 認定調査 | 区変中           |
| 居宅介護支援事業所  |                |                 |      |               |
| 主病名  |                |                 |      |               |
|  | 訪問希望日          | 家族構成            |      |               |
| 曜日   | 月・火・水・木・金      | キーパーソン ( )      |      |               |
| 時間   | : ~ :          |                 |      |               |
| その他  |                |                 |      |               |
| 相談内容   |                |                 |      |               |
| 医療法人社団錦祥会 訪問看護ステーション ひびき<br>東京都練馬区錦1-16-12 TEL 03-6906-8998 FAX 03-5920-1047<br>HP <a href="https://www.nishiki-clinic.com">https://www.nishiki-clinic.com</a> E-mail kango@nishiki-clinic.com |                |                 |      |               |
| 訪問・アセスメント 予定日時 月 日 午前・午後 時 分   |                |                 |      |               |