

新規相談依頼表

年 月 日

依頼相談者 様 ( 様)

\*利用者様・ご家族・居宅介護支援事業所・病院・地域包括 等

連絡先 TEL :

利用者 様 氏名 ( 様)

\*個人情報なので●にて記入をお願いします。

( 男・女 ) 才

住所 : \_\_\_\_\_

\* 町名までの記入をお願いします。

TEL : ( )

\* 日中の連絡が可能な番号

主治医 現在通院先・入院先 病院・クリニック  
主治医名 先生

利用保険 介護（介護・予防） 医療保険（難病等） 自立支援 （その他）  
現在の状況を簡単に（疾患名・依頼の理由・現在の病状等）

ご希望 週に 回くらい  
看護観察・服薬管理・清潔ケア・リハビリ・曜日や時間帯の希望の有無

医療処置 在宅酸素 処置 などのカテーテルの有無・吸引等記入をお願いします。  
後ほど、確認の連絡を差し上げます。よろしく願いいたします。

2020年7月28日 書式

送付先

FAX : 03-6853-9003

またはメール : 319homon@san-ikukai.or.jp まで