

相談受付票（看護）

20 年 月 日 () 時 分

区分	<input type="checkbox"/> 問い合わせ <input type="checkbox"/> プランニング		記入者		確認者	
相談者区分	<input type="checkbox"/> 本人・家族（関係： <input type="checkbox"/> 居宅支援事業所		<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター			
フリガナ			住所	〒		
相談者氏名	柄：		電話	- -		
情報入手先	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> ウェブ <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 介護事業者 <input type="checkbox"/> その他（ ）					

フリガナ			住所	〒		
対象者	M・T・S 年 月 日	男・女	電話	- -		
	年齢：		最寄駅			
要介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日：) *介護保険証のコピーがありましたら、送付頂ければ幸いです。 <input type="checkbox"/> 認定済（非該当・要支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5）					
病名			現在のお住まい	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設・その他		
既往歴			感染症の有無	有（ ） 無		

相談内容	目的					
	頻度	<input type="checkbox"/> 長期（毎日・週 回・その他） <input type="checkbox"/> 単発（外出・外泊・転院・冠婚葬祭）				
	依頼開始日					
	特記事項					

処置・ケア内容	清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 手浴・足浴・洗髪 <input type="checkbox"/> マウスケア <input type="checkbox"/> 更衣				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 胃管管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう管理 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 麻薬使用中				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助（トイレ・ポータブル） <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> ハルーンケア（ Fr ） <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 排便コントロール（摘便・浣腸・内服） <input type="checkbox"/> 透析				
	ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> リハビリ				
	呼吸	<input type="checkbox"/> 酸素管理（ Lカヌラ・マスク） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器管理 <input type="checkbox"/> BiPAP <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 吸引（口腔・鼻腔・気切・その他）				
	処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理（末梢・CV・ポート） <input type="checkbox"/> 静脈注射（ ） <input type="checkbox"/> 皮下注射（ ） <input type="checkbox"/> BSチェック <input type="checkbox"/> 褥そう処置（ ） <input type="checkbox"/> その他創処置（ ） <input type="checkbox"/> ドレーン管理（ ）				
その他	<input type="checkbox"/> ペースメーカー挿入中 <input type="checkbox"/> ターミナル期					

