

訪問看護利用 依頼・問い合わせ 表

問い合わせ元	医療機関・クリニック（診療所）・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・地域生活支援センター・保健センター 【名称： _____】
担当者氏名	_____
連絡先	Tel（ _____ ） fax（ _____ ） 内線・直通（ _____ ）
利用者の現況	入院中・外来通院中・治療中断 退院予定： _____ 月 _____ 日ごろ
退院前準備会議	会議予定： _____ 月 _____ 日ごろ 会議未定 会議しない
利用（予定）者関連 *個人が特定されない 内容で記入	男性 ・ 女性 年齢： _____ 歳 居住区： _____ 療養状況： _____
訪問看護利用目的	服薬管理・症状管理・身体的な処置・健康管理全般・対人関係作り・リハビリ その他： _____
訪問看護開始希望時期	すぐに・退院後なるべく早く・会議で決めたい・少し先に考えている （ _____ 頃）
受付記入欄	_____

FAX、または、メールでお問い合わせください。なお、お急ぎの場合は、電話でお問い合わせください。

訪問看護ステーション ユニネット・まちかど FAX 075-692-3189

●申し込み後、訪問看護利用を見合わせる場合は、この用紙を利用し、ファックスにて、ご連絡ください。

利用を見合わせます。 _____ 月 _____ 日