訪問看護ステーション
グリーンハート

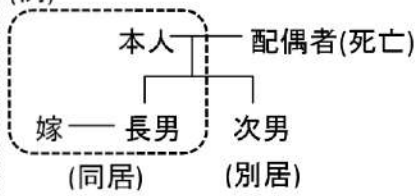
お問い合わせ用紙(相談受付票)
をFAXしてください。
FAX番号　022-226-7224

問い合わせ用紙(相談受付票)

受付者：【　　】　受付日：　　年　　月　　日(　　)

相談者	様	方法	□電話 □来所 □その他(　　)
□ご本人 □ご家族(　　) □病院(　　) □ケアマネ(　　) □その他(　　)			
電話番号	ー　　ー	FAX	ー　　ー　　連絡先
利用者氏名	様	生年月日	年　月　日(　　才)
住所	〒　　ー		
電話	ー　　ー	その他連絡先	
家族構成	□独居 □夫婦2人 □子供と同居 ※同居者を〇で囲む		
相談の主な目的			
介護度	□自立 □支援1 □支援2 □介護1 □介護2 □介護3 □介護4 □介護5		
介護保険申請	□中 □未 □済	認定有効期間	年　月　日～　年　月　日
現在利用している介護保険サービス	デイサービス(　回/週)　デイケア(　回/週)　訪問介護(　回/週)		
	訪問看護(　回/週)　ショートステイ(　日/月)		
	福祉用具(□車いす □歩行器 □シルバーカー □杖)		
	その他(　　)		

現在の疾患名	病院	付き添い	現在の疾患名	病院	付き添い
		□有 □無			□有 □無
		□有 □無			□有 □無
		□有 □無			□有 □無

既往歴	年～		
	年～		
	年～		
主治医			
訪問希望時期	□今すぐ □半年後 □1年後 □将来的に □その他(　　)		
訪問希望理由			
訪問希望先住所			
申し込み状況	□当施設のみ □他の施設に申込み中		
体験訪問希望の有無	□体験する □体験しない　体験希望日：　年　月　日(　)		
体験希望日	希望日時：　年　月　日(　)　□午前 □午後　時　分		
備考			

(例)