相　談　票

ご相談日　　年　　月　　日　　ご相談者

御利用者	イニシャル	男・女	年齢　　歳
居住エリア	板橋区　・　その他の区（　　区）		
	町名：		
相談者	保健師・包括・ケアマネ・家族・診療医		
相談事業所		連絡先	
介護度	要支援　1・2　　要介護　1・2・3・4・5　　認定無し		
保険の種類	医療保険・介護保険・介護保険認定（　有・無　）		
公　費	□生活保護　□特定医療費　□自立支援　□その他		
通院医療機関	□大学病院　　□大学病院以外の病院 □クリニック　□精神科通院	精神科通院歴 有　・　無	
主病名			
現状・困っている事（相談内容） 在宅・入院中（退院予定日：　　）			
希望されるサービス 1.状態の変化　2.リハビリ　3.内服管理　4.排便コントロール 5.食事・生活指導　6.医療機器の管理・指導　7.呼吸機能の維持・回復 8.ターミナルケア　9.入浴・保清　10.褥瘡・創傷の処置 11.精神面の観察　12.医師からの指示 13.その他（　　）			
同居家族 有　・　無			

受付日　令和　　年　　月　　日　時間　　：　　～

板橋リハビリ訪問看護ステーション　　受付者

TEL:03-5943-3151　　FAX:03-5943-3152