

**FAX送信用相談シート** 送信先:042-500-2071 SAKURA訪問看護リハビリステーション昭島

発信元事業所名 \_\_\_\_\_ 発信者 \_\_\_\_\_

相談シート

No. \_\_\_\_\_

相談日	年 月 日( )	相談者		SAKURA 受付者	
利用者様情報	フリガナ 利用者様名	様	男・女	生年月日	M・T・S・H 年 月 日( 歳)
	住所			TEL	
	保険	<input type="checkbox"/> 介護保険 ( 要支・要介 )( 1・2・3・4・5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 医療保険 特定疾患名: <input type="checkbox"/> 生保			
	かかりつけ 医療機関		担当 ケアマネ 事業所	事業所・TEL・担当CMを記入	
	かかりつけ 医師				
主病名					
ご相談内容	相談項目	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> その他			
	相談内容				
	訪問可能な曜日	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土			時間帯

以下SAKURA記入欄

管理者から折TEL希望(希望日時: \_\_\_\_\_ )   先方よりTEL   他:

契約日	訪問曜日・時間	初回訪問	CM同席	保険証	緊急同意	指示書

