

事前ご相談情報シート

最近、サポートが必要そうなお利用者様はいらっしゃいませんか？
軽いご相談だけでも大歓迎です。

気になることがございましたら、下記にチェックをお願いします

- 疼痛コントロール
- 呼吸苦がある
- 排泄に不安がある
- 1人での入浴に不安
- 服薬管理が不安
- 精神面でのフォローが必要
- 急変の可能性がある
- 休日のサポートが必要かも…
- 点滴管理
- 経管栄養・バルーン留置などある
- 老々介護で在宅生活に不安がある
- 末期でご家族が介護に不安を感じている
- 認知症がある
- 独居で生活全般に不安がある

その他、気になることがございましたら、簡単で構いませんので下記にご記入ください

*正式依頼前のご相談だけでもOKです！

*訪問を入れるべきか迷う方がいらっしゃいましたら、事前相談だけでも承ります

*まだ早いかな…という段階でも、ご相談いただければ状況に応じて対応いたします

病院名()

事業所名 ()

ご担当者様名()

こちらからご連絡いたしますので、ご都合の良い日時をご記入いただいた上で、お手数ですがFAXをお願いします

月 日 時頃

月 日 時頃

月 日 時頃

月 日 時頃

月 日 時頃

訪問看護ステーション虹
TEL:046-876-5800
FAX:046-876-5801