

医療・看護・リハビリに関する相談票

(文書作成日 年 月 日)

1) 相談者氏名 () 当事者との続柄()

2) 住所 (〒)

3) 連絡先 (TEL/FAX) (E-mail)

4) 当事者の状況について

・性別() ・生年月日 年 月 生 (歳)

・発症年月日 年 月 日 ・経過年数 年 月

・発症原因

(交通事故による頭部外傷、心肺停止による低酸素脳症、脳内出血、脳腫瘍など具体的に)

・ご本人の生活の場 入院 在宅 施設 (いずれかを○で囲む)

・必要な医療管理

気管切開 経管栄養 人工呼吸器 その他()

5) 相談内容(下記いずれかの項目を○で囲み、詳細内容を枠内に記入して下さい)

[医療に関する事]

・痙攣 ・発熱 ・皮膚トラブル ・気管切開に関して ・経管栄養(胃瘻・腸瘻・経鼻経管)
・薬の内容効果 ・検査、検診 ・その他()

[看護・リハビリに関する事]

・摂食、嚥下、口腔ケアに関して ・吸引に関して ・褥瘡処置の仕方 ・薬の飲ませ方
・関節拘縮予防の仕方 ・入浴に関して ・介護者の悩み相談 ・その他()