

訪問看護相談シート (FAX専用)



お気軽にご相談ください。24時間以内に担当より折り返しいたします。

お申込み日： 年 月 日

1. ご利用者様情報

【必須】

お名前(フリガナ)

生年月日 / 性別 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 / 男 女

ご住所

例：神奈川県座間市...

ご連絡先 固定：() - 携帯：() -

2. ご紹介元・お申込み者様情報

ケアマネジャー様・ご家族様など

事業所名 / ご関係

例：居宅介護支援事業所〇〇 / ご家族

お名前(担当者名)

ご連絡先 TEL：() - FAX：() -

3. ご相談・ご希望内容

(どのようなことでもご記入ください)

【相談・記入例】 退院後の自宅生活が極めて不安(服薬やセルフケアができない)
幻聴や妄想があり、周囲の対応方法について相談したい
生活リズムが乱れ、外出や他者との関わりが全く持てず困っている
介護負担が大きく、家族全体を一度サポートしてほしい

※こちらの用紙に必要事項をご記入の上、下記FAX番号に直接お送りください。 >>>

※個人情報保護方針に則り、送信された情報は厳重に管理いたします。

24時間送信可能・年中無休

FAX 046-205-9147

いつも親身に寄り添います / 訪問看護ステーション にじのはし S-1 精神科看護のプロチーム