　　　　　　　　　　　　訪　問　看　護　相　談　票　◆FAX送信票は不要です。

　　　　＊ご相談は、原則　この「相談票」をご使用ください。

≪相談日：　　　　　　　　月　　　　日≫

　　　　◆FAX　又はメールでお送りください。

　　　　　　送付先　：　熊本県訪問看護ステーションサポートセンター（熊本市東区花立5丁目14番17号）

　　　　　　　　　　　　　FAX番号：096‐285‐8524　　　　　　メールアドレス：[kna-support@diary.ocn.ne.jp](mailto:kna-support@diary.ocn.ne.jp)

　　　相談事業所名：

　　　事業所住所　：

　　　電話番号　　 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号：

　　　相談者氏名　：

　　　相談者職種　：　１．管理者　　　　　　　　　２．スタッフ（①看護師　　②保健師　　③PT　　④OT）

　　　　　　　　　　 　 　３．介護支援専門　　　　４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　＊相談内容を具体的にご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **＊**相談事項　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **＊**利用者情報 | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ①訪問看護指示書の疾患名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |  |
|  | ②介護保険認定　（　有　・　無　） | | | | |  |  |  |  |  |
|  | ③公費負担医療（指定難病・更生医療・精神通院医療・重心医療・小慢・原爆・水俣病・　　　　　　　） | | | | | | | | | |
|  | ④特別管理加算算定　（　有　・　無　） | | | | | |  |  |  |  |
|  | ⑤特別訪問看護指示書　　（有　　・無　） | | | | | |  |  |  |  |
|  | |  | | --- | | **＊**相談の具体的内容 | |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |

　＊あなたが考える回答案及び根拠

　　　＊サポートセンターの回答

　　　　◆この様式は、看護協会ホームページ「訪問看護サポートセンター」よりダウンロードできます。