

訪問診療新規依頼票

詳しい内容は、改めてお尋ねしますので、差し支えない範囲でご記入ください。

| | | | | |
|------------------|---------------------------|---|---|-------|
| 患者氏名 | ふりがな | 男・女 | 所 属 | 相談者 |
| | | | 職 種 | |
| 生年月日 | M / T / S / H 年 月 日 (歳) | | 氏 名 | |
| | | | 電話番号 | |
| 住 所 | | | かかりつけの医療機関 | |
| | | | 機 関 名 | |
| 電話番号 | | | 連 絡 先 | |
| | | | 担 当 医 | |
| 他連絡先 | | | 現在の療養状況 | |
| | | | 在宅・入院中・入所中 () | |
| 現在環境 | 独居・同居 () | | 訪問看護 あり (ステーション名) ・ なし | |
| 保険種類 | 社保・国保・後期高齢・生活保護 | | | |
| | 公費負担医療 (有・無) | | | |
| 介護 | 担当ケアマネジャー | 事業所： | 氏名： | 電話番号： |
| | 有・無 | 要支援 () ・ 要介護 () | 保険者番号 | |
| 診断名 既往歴 | | | | |
| 経過・現在の状況・今後の方針など | | 在宅療養へのご希望・ご要望があればご記入ください | | |
| | | 飲んでるお薬 | | |
| | | | | |
| 家族構成や介護の状況 | | 日常生活動作 | | |
| | | 移動 | ・ 自立 ・ 要介助 ・ 車椅子 ・ 寝たきり | |
| | | 食事 | ・ 自立 ・ 要介助 ・ 経管栄養 ・ 中心静脈栄養 | |
| | | 排泄 | ・ トイレ (自立 ・ 要介助) ・ PTイレ (自立 ・ 要介助) ・ おむつ ・ 尿カテーテル | |
| | | 入浴 | ・ 自宅 (自立 ・ 要介助) ・ 訪問入浴 ・ 通所施設にて | |
| | | 精神症状 | ・ 幻覚妄想 ・ 徘徊 ・ 昼夜逆転等 | |
| | | コミュニケーションをとるにあたり支障はありますか 難聴・認知証・高次脳機能障害等 () | | |
| | | 必要な医療処置があればご記入ください (中心静脈栄養、膀胱留置カテーテル、胃ろう等) | | |
| 緊急時家族の連絡先 | | | | |
| 氏名 | | 続柄 | 電話番号 | |