

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	T / S / H / R	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・認知症・高次脳機能障害等 ()	
緊急時家族の連絡先			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)	
氏名		続柄	電話番号	