

訪問診療依頼票

御依頼者様	御事業所名 御担当者様 () 様) TEL
-------	---------------------------

フリガナ 患者様氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	M・T・S・H・R 年 月 日生 (歳)
通院中or入院中	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中(入院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)		※直近1年以内で 構いません
訪問先住所	〒 駐車スペース 有・無 TEL		

◇ご家族情報

同居家族	<input type="checkbox"/> あり 続柄() <input type="checkbox"/> なし キーパーソン 氏名: 続柄() TEL
------	---

◇現在のご状態について (※分かる範囲で構いません)

主訴 病名・既往歴 ・症状等	※癌の場合、告知 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(予後)		
おかけの 医療機関	医療機関名 診療情報提供書 有・無		
必要な処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素(安静時: 労作時:) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位:)		
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう(型: サイズ: Fr)		
	<input type="checkbox"/> パルーンカテーテル(サイズ: Fr 交換頻度:) <input type="checkbox"/> その他()		
医療保険	【主保険】 国保 社保 後期 生活保護(CW) 【限度額認定証】 有 無 【公費】 特定医療費 重度障害 その他()		

◇サービス状況

介護保険	有・無・申請中・区変中 (要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2)					
ADL	【移動】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり 【食事】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【排泄】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【入浴】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【更衣】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
ご利用サービス	曜日	月	火	水	木	金
	午前					
	午後					
訪問看護 ステーション名						
居宅介護 支援事務所名	ご担当 ケアマネージャー様:					
備考						