

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・船員・保険なし 公費負担医療 (有・無) 生活保護・医療費助成・障害者手帳・限度額適応認定証			
介護	担当ケアマネジャー	事業所:	氏名:	電話番号:
	有・無・申請中	要支援・要介護 ()		
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	