

訪問診療依頼票

お手数ですが分かる範囲で依頼票のご記入願います。

フリガナ 患者氏名	_____様 男・女	<p style="text-align: center;">家族構成</p>	ご紹介事業所			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (才)		ご住所	〒		
ご住所	〒		ご連絡先			
ご連絡先			FAX			
保険情報	後高・国・社・生保・身障・他 ()		ご担当者			
介護度	申請中・要支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5		ADL状況など			
かかりつけ医	無・有 医療機関名： _____ 診療情報提供書： 有 ・ 無		移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 車いす・寝たきり・他 ()		
療養状況	在宅・入院/入所中 () 退院/退所予定日： 月 日		食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 常食・粥・流動食 / 摂取量 割		
医療処置	尿道カテーテル・経管栄養(胃ろう・鼻腔) 中心静脈栄養・気管切開カニューレ 酸素療法・その他 ()		排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 トイレ・PTile・尿器・おむつ・他 ()		
既往歴			入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 自宅・デイ・訪問		
現在までの経過		内服薬				
				ヘルパー(訪問介護)	更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
				訪問入浴	睡眠	良好・可・不眠・眠剤使用
				D.S/S.S	内服管理	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
				訪問看護	視力障害：無・有 ()	短期記憶障害：無・有 ()
	聴力障害：無・有 ()	問題行動：無・有 ()				
	言語障害：無・有 ()	褥瘡：無・部位 ()				