

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		<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		キーパーソン： 続柄： 緊急連絡先：	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 ()		身長・体重	食事	自立・一部介助・全介助 常食・粥・流動食 / 摂取量 割
	退院/退所予定日： 月 日		身長： cm / 体重： kg	排泄	自立・一部介助・全介助 トイレ・Pトイレ・尿器・おむつ・他 ()
医療処置	尿道カテーテル・経管栄養(胃ろう・鼻腔)		ヘルパー(訪問介護)	入浴	自立・一部介助・全介助 自宅・デイ・訪問
	中心静脈栄養・気管切開カニューレ	訪問入浴	更衣	自立・一部介助・全介助	
既往歴	酸素療法・その他 ()	D.S/S.S	睡眠	良好・可・不眠・眠剤使用	
		訪問看護	内服管理	自立・一部介助・全介助	
			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 ()	
現在までの経過			内服薬		