

訪問診療依頼書

年 月 日

・依頼者

お名前		本人との関係	
連絡先			

・患者様

フリガナ		生年月日	年	月	日
お名前					
住所	〒				
連絡先					

・主な疾病

	病名	医療機関	診療科目
1			
2			
3			
その他			
癌の場合 告知	あり / なし	認知症	あり / なし
現在の療養の場	自宅 / 施設 / 入院中 / その他 ()		
主介護者	家族構成		
同居者			

これまでの経過と現在の病状			
訪問診療導入となった経緯			
主治医からの病状説明			
かかりつけ医療機関名		今後の通院継続	あり / なし

・ADL

歩行	自立 / 介助 / 不可能	食事	自立 / 介助 / 胃瘻 / 経鼻胃管 / 中心静脈栄養
入浴	自立 / 介助 / サービス利用	排泄	自立 / 介助 / ポータブルトイレ / おむつ

・補助具

杖	あり / なし	歩行器	あり / なし	車いす	あり / なし
その他					

必要な医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> CVポート	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 在宅酸素
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置	<input type="checkbox"/> 尿道バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> その他 ()			

生活保護	あり / なし / 申請中	生保担当者	
------	---------------	-------	--

身体障害者手帳	なし / あり () 級	介護保険	なし / あり (要介護) ・ (要支援)
---------	---------------	------	-------------------------

保険証の種類	国保 / 後期 / 前期 / 社保 / 共済 / 生保
--------	-----------------------------

介護保険事業所 (ケアマネ事業所)	担当者名	
	電話番号	

訪問看護ステーション	電話番号	
------------	------	--

・サービス

	月	火	水	木	金	土	日
訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ヘルパー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
デイサービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

・自由記載欄

すべてわかる範囲で結構です。ご記入ありがとうございました。

にもり内科クリニック

TEL (訪問診療) : 044-987-1139

FAX : 044-987-1176