

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		家族構成 	ご紹介事業所	
生年月日	M・T・S 年 月 日 (才)		TEL	FAX
ご住所	〒		ご連絡先	
ご連絡先			ご担当者	
保険情報	国・後高・他保険・身障・生保・他 ()	キーパーソン： 続柄： 介護力： 介護サービス利用状況	ADL状況など	
介護度	申請中・要支援12・要介護12345		移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 車いす・寝たきり・他 ()
かかりつけ医	無・有 医療機関名： 診療情報提供書： 有 ・ 無		食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 常食・粥・流動食・摂取量 割
療養状況	在宅・入院入所中 () 退院退所予定日：		排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 トイレ・PT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) 中心静脈栄養 ・ 気管切開カニューレ 酸素療法 ・ その他 ()		入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 自宅・デイ・訪問
疾病/既往歴			更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
			コミュニケーション	良好・可・具体的訴えのみ ・ 不可
			病気への理解	本人 ご家族
			短期記憶障害	無 ・ 有 ()
			認知症周辺症状	無 ・ 有 ()
現在までの経過		視力障害：無・有 ()	睡眠：良好・可・不眠・眠剤使用	
		聴力障害：無・有 ()	麻痺：無・部位 ()	
		言語障害：無・有 ()	褥瘡：無・部位 ()	
		内服薬		
		※内服管理 良好 ・ 飲み忘れ有 ・ 不良		