

訪問診療依頼書

年 月 日

| | | |
|---------------------------------|---|------------------------------|
| ご依頼いただいた方 | 氏名 連絡先 TEL() | 様 患者様との続柄() |
| 患者様 加氏名 | 様 男・女 | 年齢 明治 大正 昭和 平成 (歳) 年 月 日 |
| ご住所 | 〒 | |
| 介護認定 | 有・無・申請中 | 介護度 要支援 要介護(1・2・3・4・5) |
| 現在 | 在宅(通院) | 医療機関名 TEL: |
| | | 主治医 科 医師 |
| | 入院中 | 医療機関名 TEL: |
| | | 主治医 科 医師 退院日 月 日 予定・確定 |
| 主病名 | 経緯・状況 | |
| 既往歴 | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 男・女 続柄() 住所 | 同居・別居 TEL() |
| ケアマネジャー施設名 TEL 担当者名 | 訪問看護 ST 名 TEL 担当者名 | |
| 問題点・前段階準備 ※チェックをいれ てください。 | <input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 栄養: CV ポート・IVH・経管栄養・胃瘻・腸瘻・その他() <input type="checkbox"/> 排泄: バルーンカテーテル・尿カテーテル・人工肛門・膀胱瘻・胃瘻・オムツ <input type="checkbox"/> 呼吸: 在宅酸素・気管切開・人工呼吸器・ネブライザー・喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他: 褥瘡・インシュリン注射・人工透析・ペースメーカー <input type="checkbox"/> 福祉用具: ベッド・車いす・歩行器 他() | |
| その他 | (ご希望、連絡事項等ありましたらご記入ください) | |
| 初回診察 ご希望日時 | | |

※ケアプラン・フェイスシート・サマリー等直近のご利用者様の情報がございましたら、あわせてご送付いただけますようお願い申し上げます。