

訪問診療依頼書

医療法人社団ゆうま会

FAX:045-548-3607

赤尾内科クリニック・ひらた内科脳神経内科クリニック・つよし在宅クリニック

TEL:045-548-4640

申込日	年 月 日
依頼者氏名	所属： TEL：

患者様情報			
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者様氏名	様	生年月日	年 月 日生 歳
住所		TEL	
現在の所在	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中() <input type="checkbox"/> 施設 ()		
家族構成 生活状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族あり ()		
キーパーソン	氏名 (続柄)	TEL	
申込理由	<input type="checkbox"/> 通院困難 <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 (担当者：) <input type="checkbox"/> 後期高齢 割負担		
	<input type="checkbox"/> 公費 (身体障害・特定疾患・その他：)		
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区変中 <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)		
	居宅事業所：	担当者：	TEL:
訪問看護	事業所：	他利用中のサービス：	

医療について	
病名及び既往歴	かかりつけ医：無・有 (TEL:)
日常生活動作	ADL：自立・全介助・一部介助 ()
	認知機能低下：無・有 () 嚥下機能低下：無・有
医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻胃管・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 医療用麻薬 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()
訪問開始希望	<input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 急ぎ <input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> その他 ()
本人・家族の要望	本人： 家族：
特記事項 (伝えておきたいこと 困っていること 経済状況など)	

※上記の内容をわかる範囲でご記入の上、FAXして下さい。折り返しご連絡致します。