

訪問診療依頼書

年 月 日

訪問診療の開始前に下記の内容についてご記入をお願いしています。

診療情報提供書類、ケアプラン、サマリー等も合わせて、FAX あるいはメールにてご送付お願いします。

下記の内容が他の情報提供書類と重複する場合は空欄で結構です。

【氏名】 <small>カナ</small> 様	【年齢】 才	【生年月日】
	【性別】 男・女	【TEL】 - -
【住所】〔入院中・自宅・施設入居〕		【介護認定】有・無・申請中 【介護度】支・介〔1・2・3・4・5〕
【保険の種類】 生保・社保・国保・後期 / 公費〔障がい・難病〕		【駐車入 ^o -入】 無・有〔場所⇒ 〕
【依頼元】 職種 ()・ご家族 TEL - お名前 様	【依頼経緯】 〔CM・訪看・主治医〕の勧め 〔本人・家族〕の希望	
【ケアマネジャー】 施設名 TEL - 担当 CM	【訪問看護】 利用中・利用していない・導入調整中 施設名 TEL - 担当 Ns	
【現在の病院】 病院 科 先生		
【退院予定日】(入院中の場合) 月 日 () AM・PM 未定の場合〔来週中・今月中・ 頃〕		
【病名】 【経緯・状況】 【家族背景・キーパーソン】 【ご本人・ご家族の要望】	【問題点・前段階準備】 ↓チェックを入れて下さい <input type="checkbox"/> 認知機能 <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〔胃ろう〕 <input type="checkbox"/> 気道管理〔吸引・気管切開〕 <input type="checkbox"/> 排泄〔オムツ・尿弁・ポータブル〕 <input type="checkbox"/> 皮膚・褥創 【ADL】 自立・一部介助・全介助	
【導入予定のサービス】・訪看 ・デイ ・訪問入浴 ・ヘルパー ・訪問		【後方連携】 定期・他科受診など予定も含め記入下さい
【現在のサービス】 ①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤訪問		
	月 火 水 木 金 土 日	
AM		
PM		
【その他】 連絡事項等(現在使用している医療器具や必要物品・予後の説明状況・急変時の対応) ありましたらご記入ください		