

訪問診療依頼書

1/2枚目

赤羽在宅クリニック	TEL : 050-3823-2316 FAX : 050-3588-2852
-----------	--

記入日： / /

<依頼者情報>

病院・事業所名		(フリガナ) 依頼者氏名	
連絡先	TEL :	携帯 :	FAX :

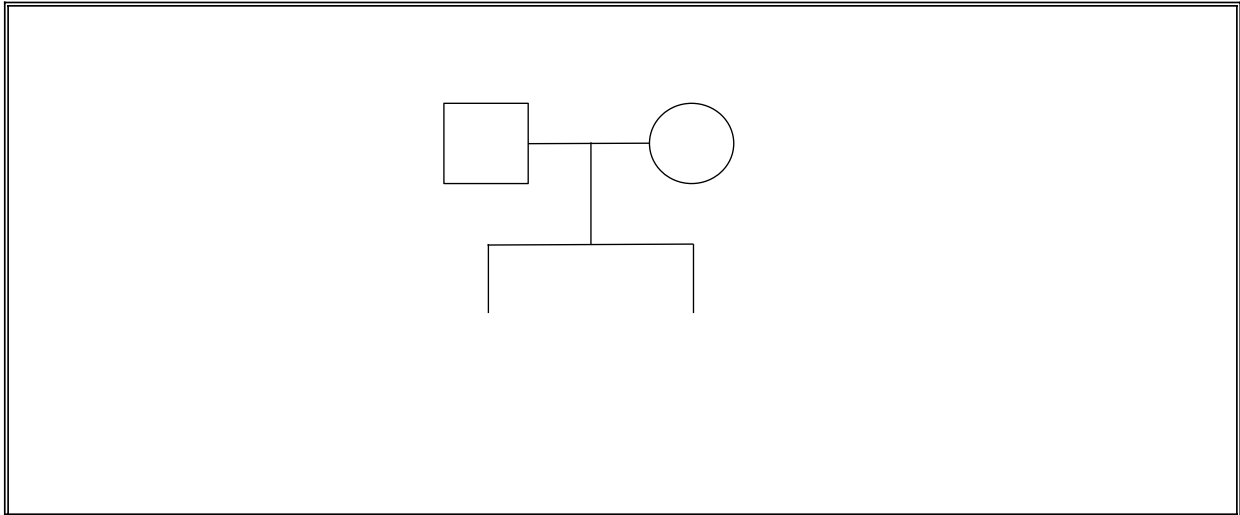
<利用者情報>

(フリガナ) 患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	年齢	歳	
住所	〒			建物名	号室	連絡先	自宅： 携帯：	
適用保険	医療	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 前期高齢者 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 生活保護 他 ()						
	介護	要支援 () 要介護 () <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中						
生活状況	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 不可			医療 行為	<input type="checkbox"/> 無		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> とろみ				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 他 ()	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマ						
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭						
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 訪問服薬 他 ()						
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤使用		
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位：)			麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			視力 障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			聴力 障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			言語 障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	アレルギー							
訪問診療を 受けたい理由				困っていること				
現在の かかりつけ医				既往歴				

<家族情報>

キーパーソン	フリガナ			続柄	
	氏名				
	住所	〒		連絡先	自宅： 携帯：
		建物名	号室		

<家族構成図>【同居家族は○で囲んでください】



<サービス担当者情報>

ケアマネジャー	事業所名：	担当者氏名：	
	TEL：	携帯：	FAX：
訪問看護	事業所名：	担当者氏名：	
	TEL：	FAX：	
	<input type="checkbox"/> 未介入		
そのほか 利用中の サービス			

<そのほか>【該当の□にチェックを入れてください】

- 食事や栄養について相談してみたい
- 嚥下について相談してみたい