

訪問診療依頼書

(分かる範囲で結構ですのでご記入お願いします)

申込日 年 月 日

記入者氏名 様

(ふりがな)		性別		生年月日	
利用者氏名 様		男・女		西暦 年 月 日(歳 ヶ月)	
自宅電話 :		緊急連絡先	①氏名:		続柄: Tel:
携帯電話 :			②氏名:		続柄: Tel:
住所 〒			③氏名:		続柄: Tel:
診断名		現在の症状	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 皮膚障害 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 気道分泌亢進 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他(具体的に):		
現病歴 (既往歴)			訪問診療に求める医療内容		
現在使用している医療機器・福祉用品		ご本人への病状説明の内容・今後の見通し			
<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> PCAポンプ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他点滴() <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 電動ベッド <input type="checkbox"/> 車いす					
感染症【無・有】 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> その他					
訪問希望時期		ご家族への病状説明の内容・今後の見通し			
<input type="checkbox"/> 大至急(1週間未満) <input type="checkbox"/> 準緊急(1~2週間未満) <input type="checkbox"/> 通常(2週間以上先)					
予後予測		生活状況(仕事・趣味・活動・介護状況、住環境等)			
<input type="checkbox"/> 数日間(1週間未満) <input type="checkbox"/> 数週間(1か月未満) <input type="checkbox"/> 数ヶ月(1か月以上)					
家族構成	続柄	氏名	年齢	同居	
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
赤羽在宅クリニックを知ったきっかけをお教えてください					
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 友人から聞いた <input type="checkbox"/> その他()					

お名前:

関係機関・今後の診療予定について 可能な範囲で結構です。ご記入ください。
定期訪問は月曜～金曜の午前9時半頃 ～ 午後16時の間でお伺い致します。

○関係機関 連絡先

	名称	担当者	職種	電話番号
医療機関				
医療機関				
相談支援 事業所				
保健所				
役所関係				
訪問看護				
訪問看護				
訓練機関 (リハビリ)				
学校/幼稚園 保育園				

○今後のレスパイトや受診などお決まりの予定がございましたらご記入ください

【レスパイト又は入院】医療機関 月 日 ~ 月 日

【受診その他の予定】

【在宅移行後の医療連携】

貴院の緊急入院受け入れ体制: 有(24時間 平日昼間のみ 要相談) 無

貴院の問い合わせ窓口

・担当医名()・診療科名()・電話番号()

・担当医が不在の場合 → ()

【貴院で行う医療】

がんの治療を継続する

外来通院する(通院間隔:)

定期的に入院する(理由:)

容態悪化時は入院する

その他: