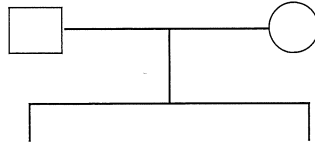


訪問診療依頼票

お手数ですが分かる範囲で依頼票をご記入願います。

| | | | | |
|---------|--|--|--------------|--------------------------------------|
| フリガナ | | <p style="text-align: center;">家族構成</p>  | ご紹介事業所 | |
| 患者氏名 | 男・女 | | ご住所 | 〒 |
| 生年月日 | M・T・S 年 月 日 (才) | | ご連絡先 | |
| ご住所 | 〒 | | FAX | |
| ご連絡先 | | | ご担当者 | |
| 保険情報 | 国・後高・他保険・身障・生保・他 () | | ADL状況など | |
| 介護度 | 申請中・要支援1 2・要介護1 2 3 4 5 | | 移動 | 自立・一部介助・全介助 車いす・寝たきり・他 () |
| かかりつけ医 | 無・有 医療機関名： 診療情報提供書：有・無 | | 食事 | 自立・一部介助・全介助 常食・粥・流動食・摂取量 割 |
| 療養状況 | 在宅・入院入所中 () 退院退所予定日： 月 日 | | 排泄 | 自立・一部介助・全介助 トイレ・PTイレ・尿器・おむつ・他 () |
| 医療処置 | 尿道カテーテル・経管栄養(胃ろう・鼻腔) 中心静脈栄養・気管切開カニューレ 酸素療法・その他 () | | 入浴 | 自立・一部介助・全介助 自宅・デイ・訪問 |
| 既往歴 | | 更衣 | 自立・一部介助・全介助 | |
| | | 睡眠 | 良好・可・不眠・眠剤使用 | |
| | | 内服管理 | 自立・一部介助・全介助 | |
| | | 視力障害：無・有 () | 短期記憶：無・有 () | |
| | | 聴力障害：無・有 () | 問題行動：無・有 () | |
| | | 言語障害：無・有 () | 褥瘡：無・部位 () | |
| 現在までの経過 | | | 内服薬 | |
| | | | | |