

訪問診療依頼書

令和 年 月 日

当クリニックでは訪問診療を円滑に開始するために下記の内容についてご記入をお願いしております。可能な範囲でご記入をいただき、FAXまたは郵送にてご返信ください。ケアプラン、フェイスシート、サマリー等の直近の情報もございましたら、合わせてご送付願います。

氏名	か -----	独居 ・ 家族と同居	大正 昭和 平成	年 月 日	歳
介護認定	有 ・ 無 ・ 申請中	介護度	支援・介護	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
医療保険証	後期高齢者 割負担	介護負担割合証	(1 ・ 2 ・ 3)		
現在の病院	外来通院中	病院	科	医師	
	入院中(退院予定日 /)	病院	科	医師	
訪問先住所	〒 TEL()				
建物	戸建 ・ 集合住宅(階 号室)		駐車スペース 無 ・ 有()		
病名					
経緯・状況					
【キーパーソン】	続柄 ()		TEL _____		
【主介護者】	続柄 ()		TEL _____		
【介護に携われる方】	_____				
【生活歴／性格／趣味／家族背景】	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>				
【ケアマネ氏名】	_____ 様				
【居宅名・TEL】	_____				
【医療処置】	<input type="checkbox"/> 胃ろう 栄養内容： (種類・サイズ： _____) 最終交換： _____)				
	<input type="checkbox"/> 経鼻経管 栄養内容： (種類・サイズ： _____) 最終交換： _____)				
	<input type="checkbox"/> 尿道バルン (種類・サイズ： _____) 最終交換： _____)				

<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位: _____)	(処置方法: _____)
<input type="checkbox"/> 輸液	(方法: <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> ポート)	
	(輸液内容: _____)	
<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入	(回数: _____)	(貸出: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)
<input type="checkbox"/> 在宅酸素	(_____ L/分)	
<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 自己血糖測定		

【ADL】

寝たきり 車いす トイレまで 歩行可
 食事: 自立 半介助 全介助 排泄: 自立 半介助 全介助
 排泄: 自立 Pトイレ オムツ 清潔: 自立 半介助 全介助
 移乗: 自立 半介助 全介助

【認知度/BPSD】

訪問看護 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護抵抗 徘徊 火の不始末 不潔行為
異食 性的問題行動 その他(_____)

【在宅サービス】

<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/週(月 火 水 木 金 土 日)	(事務所: _____ TEL: _____)
<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回/週(月 火 水 木 金 土 日)	(事務所: _____ TEL: _____)
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/週(月 火 水 木 金 土 日)	(事務所: _____ TEL: _____)
<input type="checkbox"/> ヘルパー	回/週(月 火 水 木 金 土 日)	(事務所: _____ TEL: _____)
<input type="checkbox"/> デイ	回/週(月 火 水 木 金 土 日)	(事務所: _____ TEL: _____)
<input type="checkbox"/> その他	回/週(月 火 水 木 金 土 日)	(事務所: _____ TEL: _____)

【社会保障制度等】

特定疾患医療受給者証 (病名: _____)
身体障害者手帳 (_____ 級、障害名 _____)
重度(中度)心身障がい者医療費受給者証
特別障害者手当
生活保護
その他: _____

【看取りの場所に関する希望】

_____ 年 _____ 月 _____ 日 時点

自宅(施設)で 病院で
本人の希望 ご家族の希望

【その他】

【在宅チームの共通目標】

●小坂内科消化器科クリニック記入欄●

【退院日】 月 日(_____)
【初回受診日】 月 日(_____) AM · PM
【初回訪問日】 月 日(_____)

※この訪問診療依頼書はもりおか往診ホームケアクリニックが作成したものを一部改編したものです。