

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います。

【氏名】カナ 様		【年齢】 歳	【介護認定】 有・無・申請中			
		【性別】 男・女	【介護度】 支・介 (1・2・3・4・5)			
【住所】 (入院中・自宅・施設入居)		【電話】				
		【駐車スペース】 無・有				
【依頼元】 ご家族・職種 [] お名前		【依頼経緯】 [CM・訪看・主治医] の勧め [本人・家族] の希望				
【ケアマネージャー】 施設名 TEL ご担当 CM		【訪問看護】 利用中・利用していない・調整中 施設名 TEL ご担当 様				
【薬局】 薬局 <input type="checkbox"/> 家族受取 <input type="checkbox"/> 薬局宅配						
【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 時ごろ		未定 [今週中・来週中] 時ごろ				
【病名】 【経緯・状況】 【家族背景・キーパーソン】 連絡先 【ご本人・ご家族の要望】		【前段階準備・問題点】 ↓チェックを入れてください <input type="checkbox"/> 介護力 <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・尿カテーテル・ポータブル] <input type="checkbox"/> 皮膚・褥瘡 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> その他				
【導入予定のサービス】 ・訪看 ・デイ ・訪問入浴 ・ヘルパー ・訪リハ		【後方連携】				
【現在のサービス】 ・訪看 ・デイ ・訪問入浴 ・ヘルパー ・訪リハ		定期・他科受診など予定も含めご記入ください				
月	火	水	木	金	土	日
AM						
PM						
【その他】 連絡事項等がございましたらご記入ください						