

訪問診療依頼書

ご記入をお願いいたします。基本メールへの添付をお願いしますが、FAXも可です（その場合にはメールアドレスを記載ください）。
保険証、介護保険証の添付をよろしくお願いいたします。下記の内容が、他の情報提供書類と重複する場合は、空欄で結構です。

アドレス: _____ @ _____

フリガナ		様	性別	男・女	生年月日	歳
氏名						
保険証	負担割合1割 負担割合3割 障害者 減額医療証 生活保護 被保険者番号 ()	介護認定	有・無・申請中	介護度	要支援[1・2] 要介護 [1・2・3・4・5]	
住所	[入院中・自宅・施設入居] 〒	TEL				
依頼元	職種 () ・ご家族 ()	TEL	有・無	場所		
お名前		TEL		TEL		
TEL						
担当CM	施設名 ()	訪問看護	利用中・利用していない・導入調整中			
TEL		FAX		施設名		
				連絡先		担当Ns
【現在の病院】	() 病院 () 科 () 先生 紹介状 (有・無)					
【退院予定日】	(入院中の場合) 年 月 日 AM・PM 未定の場合					来週中・今月中・ () 頃
【傷病名】						【在宅移行の理由】 ↓チェックを入れてください
寝たきり度	[J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2] (選択)					<input type="checkbox"/> 病気で通院困難
PS	[0・1・2・3・4] (選択)					<input type="checkbox"/> 廃用で通院困難
認知症	[I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M] (選択)					<input type="checkbox"/> 装置(人工呼吸器・胃瘻など) がついている
						<input type="checkbox"/> 終末期
						【装着、使用中医療機器】 ↓チェックを入れてください
【家族背景・キーパーソン】						<input type="checkbox"/> 在宅酸素
						<input type="checkbox"/> 人工呼吸器
						<input type="checkbox"/> 胃瘻チューブ
						<input type="checkbox"/> 気管切開チューブ
						<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル
						<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル
						<input type="checkbox"/> その他
【ご本人・ご家族の要望】						()
						【ACP・人生会議の有無】 ↓チェックを入れてください
						<input type="checkbox"/> 有り
						<input type="checkbox"/> 無し
【現在導入サービス】	①訪問、②デイ、③訪問入浴、④ヘルパー、⑤訪リハ。(以下に番号を)					【導入予定のサービス】
	月 火 水 木 金 土 日					
AM						
PM						
【後方連携】	定期・他科受診など予定も含めて記入ください					
【社会的問題の有無】	絶対に秘匿しますので忌憚なく記載してください					
【その他】	要望・連絡事項等ありましたらご記入ください					