

新規訪問診療 問い合わせ表

ご依頼者様 情報	所属:	連絡先:		
	お名前:	職種: <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> Nrs <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> 他 ()		
患者 情報	氏名	漢字:	よみがな:	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳 性別 男・女
	住所	〒		
	連絡先	自宅:	携帯:	
	病名	#1	#3	
		#2	#4	
	癌の場合	病名告知: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 余命告知: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 余命: ヶ月 麻薬使用: 無・有 痛み: 無・有		
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (周辺症状:)	意思疎通: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ややできる <input type="checkbox"/> できない	
	A D L	移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		排泄: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	更衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		食事: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	整容: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	身体状況	麻痺: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢	障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聴力 <input type="checkbox"/> 言語	
	特殊医療	<input type="checkbox"/> 自己注射(インスリン・その他) <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 点滴管理(CV・抹消) <input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷処置 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎ろう・膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 他 ()		
	現在の 生活状況	<input type="checkbox"/> 自宅 (かかりつけ医: 担当医師:)		
<input type="checkbox"/> 入院 (病院 科 担当医師:) 退院日 (/)				
紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 手配済 (/ 入手予定)	残薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (/ まで)	
保険 情報	医療保険	種別: <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢	負担割合: <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
	公費負担	<input type="checkbox"/> マル障 <input type="checkbox"/> 特定疾患 () <input type="checkbox"/> 自立支援医療(当クリニックでは対象外)		
		<input type="checkbox"/> 生保(福祉事務所: 課 係 担当: 電話:)		
	介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (/)		
利用中の サービス	事務所名: 担当名: 電話: FAX:			
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 () <input type="checkbox"/> 訪問リハ () <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所サービス			
キー パー ソン 情報	キーパーソン	ふりがな 氏名:	続柄:	日中仕事: <input type="checkbox"/> 有 (帰宅 :) <input type="checkbox"/> 無
	住所	〒		
	連絡先	自宅:	携帯:	
	その他連絡先	ふりがな 氏名:	続柄:	日中仕事: <input type="checkbox"/> 有 (帰宅 :) <input type="checkbox"/> 無
	連絡先	自宅:	携帯:	
【追記事項】経過、家族背景、訪問診療に望むこと、留意事項等 ご記入ください		【家族構成】氏名、続柄、住所等ご記入ください		