

訪問診療依頼書

平成 年 月 日 (記入者:)

フリガナ		男・女	明治・大正・昭和	年	月	日生	歳
氏名	様	介護度	支援(1・2) 介護(1・2・3・4・5)・無・申請中				
住所	〒 TEL ()						
建物	戸建・集合住宅(階号室)	駐車スペース	有(場所:)・無				
依頼元	本人・家族・医師・ケアマネ・他()			生活保護	有・無		
	氏名:	続柄/所属:		身体障害者手帳	有・無		
主たる介護者	氏名:	男・女	関係:	同居・別居 (TEL:)			
	氏名:	男・女	関係:	同居・別居 (TEL:)			
担当ケアマネ	氏名:		訪問看護	施設名:			
	施設名:			TEL:			
	TEL:			担当看護師:			
現在利用中のサービス (曜日や頻度)							
①ホームヘルパー () ④訪問リハビリ () ⑦MSW ()							
②訪問看護 () ⑤デイサービス () ⑧ボランティア ()							
③訪問入浴 () ⑥PT・OT () ⑨その他 ()							
主治医	病院名:		医師名:		先生 (科)		
	現在(入院中・通院中)		次回受診日:	月	日	退院予定日:	月
病名:						定期・他科受診	
経緯・状況							
家族背景						課題	
						<input type="checkbox"/> 介護力	
						<input type="checkbox"/> 医療不信	
						<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	
ご本人・ご家族の要望						<input type="checkbox"/> 排泄	
						<input type="checkbox"/> 皮膚・褥瘡	
						<input type="checkbox"/> 認知症	
その他 連絡事項等						<input type="checkbox"/> その他	
						()	
						()	
						()	