

中内クリニック 訪問診療依頼書

記入日:西暦 年 月 日

依頼者:		TEL:	
ふりがな		生年月日: 年 月 日 歳	
患者様氏名:		様 性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
住所:		TEL:	
療養場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 入院中 駐車スペース <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
主な疾病		医療機関名・診療科・担当医	
1			
2			
3			
身体	血液型() アレルギー()	身長()cm	体重()kg
感染症	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 その他感染症()		
A	着替え <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可		
D	屋外歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	屋内歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
L	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助	オムツ使用:	
	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	麻痺: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)		
	認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (程度:)	コミュニケーション: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可	
医療処置	点滴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (中心静脈 or 末梢)	気管切開: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	経管栄養: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (胃瘻 or NGチューブ)	インスリン: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	尿道カテーテル: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (尿カテ Fr)	褥瘡: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 大きさ)	
	在宅酸素: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ストーマ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	喀痰吸引: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他:	
サービス	ケアマネ事業所名: 様	訪問回数: 回/週 TEL:	
	TEL:	訪問回数: 回/週 TEL:	
	訪問回数: 回/週 TEL:	訪問回数: 回/週 TEL:	
	ヘルパー事業所名:	ご利用の薬局:	
	訪問回数: 回/週 TEL:	TEL:	
保険	医療証:	限度額区分:	
	介護度: 要支援 要介護	負担割合	割

留意点

■患者様のご病状(現病歴と既往歴)
(処方内容がお分かりでしたら別紙にて添付をお願いします。)

■患者様・ご家族のご要望や留意点

今後の通院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	前医の在宅移行承諾	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
病名告知	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(本人・家族)	予後告知	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(本人・家族)
看取り	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 自宅	延命治療の希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
退院時カンファ	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可	直近入院日	年 月 日

主介護者

ご氏名: (続柄:)
様 同居・別居 (別居の場合は、以下にご住所、電話番号を記載)
住所: TEL:

お人柄や留意点:

理解力(無・有)、介護力(無・有)、仕事(無・有: 時~ 時)、体力(無・有)、認知症(無・有)

その他の介護者

ご氏名: (続柄:)
様 同居・別居 (別居の場合、以下にご住所、電話番号を記載)
住所: TEL:

理解力(無・有)、介護力(無・有)、仕事(無・有: 時~ 時)、体力(無・有)、認知症(無・有)

ご氏名: (続柄:)
様 同居・別居 (別居の場合、以下にご住所、電話番号を記載)
住所: TEL:

理解力(無・有)、介護力(無・有)、仕事(無・有: 時~ 時)、体力(無・有)、認知症(無・有)