

訪問診療申込書

やすホームケアクリニック 宛

申し込み日: 令和 年 月 日

TEL: 077-586-2457

FAX: 077-586-2458

	依頼者	氏名: _____ 続柄: _____	
		電話: _____	
	ID: _____		
患者	名前 <small>ナマエ</small> _____ 男・女	生年月日: _____ 年 月 日 (歳)	
	住所: _____	<small>戸建て・集合住宅(階段・エレベーター)</small>	
	電話: _____	視力: 問題有・無 () 聴力: 問題有・無 ()	
キーパーソン	名前 _____ 続柄: _____	同居・別居	
家族状況	<small>配偶者・パートナー・親・子・兄弟(同居・別居)</small>		
通院先	医療機関: _____	診療科(病名): _____	担当医: _____ 紹介状: 有・無
	医療機関: _____	診療科(病名): _____	担当医: _____ 紹介状: 有・無
	医療機関: _____	診療科(病名): _____	担当医: _____ 紹介状: 有・無
	病名: 既往歴 _____		<small>難病手帳: 有・無 身障手帳: 有・無 療育手帳: 有・無</small>
必要な医療処置	点滴(静脈・皮下)・中心静脈栄養・他注射(薬剤: _____ 頻度: _____) 経管栄養・ストマ・酸素療法・吸入・吸引・褥瘡・尿道カテーテル・気管切開・インスリン・ペースメーカー		
ケアマネジャー	事業所: _____	担当者: _____	連絡先: _____
要介護度	要支援; 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中・区分変更中(申請日 /) 未申請		
訪問看護	事業所: _____	月火水木金土日・24時間対応	
訪問介護	事業所: _____	月火水木金土日・24時間対応	
デイサービス	事業所: _____	月火水木金土日 ショートステイ利用 有・無	
かかりつけ薬局	薬局名: _____	訪問指導: 有・無	
ADL	寝たきり・車いす(介助・自立)・歩行(自立・手引き・杖・歩行器)・その他(_____)		
福祉用具	ベッド・車いす・手すり設置(_____)・その他(_____)		
訪問診療を希望する理由	通院困難・できるだけ自宅での療養希望・在宅での看取り希望・その他(_____)		
	現在の療養先: 自宅・入院(_____)・入所(_____) 残薬日数: _____		
	訪問開始希望時期: _____		
療養の方針や希望	本人: _____ 家族: _____ 何かあったら入院・自宅のできる範囲での医療を受けて療養希望・今後相談		

☆医療者へ伝えておきたいこと

※以下、当院記入欄

訪問の受け入れ: 可 ・ 不可
連絡先: 済 ・ 未 /
連絡がつく日時: _____

家族・ケアマネの面談: 有 ・ 無
来訪者: _____
日程: _____ / _____ 時頃