

訪問診療事前確認シート

当クリニックでは訪問診療を円滑に開始するために下記の内容についてご記入をお願いしております。可能な範囲でご記入をいただき、FAXまたは郵送・メールにてご返信ください。もしくはクリニックへご持参ください。

・依頼者

年 月 日

お名前		本人との関係	
連絡先			

・患者様

フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
お名前			
住所	〒		
連絡先			

・主な疾病

病名	医療機関	診療科目
1		
2		
3		
その他		
癌の場合 告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	認知症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
現在の療養の場	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ()	
主介護者	家族構成	
同居者		

これまでの経過と現在の病状			
訪問診療導入となった経緯			
主治医からの病状説明			
かかりつけ医療機関名		今後の通院継続	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

・ADL

歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可能	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> サービス利用	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ

・補助具

杖	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	歩行器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	車いす	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他					

必要な医療処置など	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 尿道バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()

生活保護	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	生保担当者	
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり (級) <input type="checkbox"/> なし	介護保険	あり(要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) なし

介護保険事業所 (ケアマネ事業所)	担当者名	
	電話番号	

訪問看護ステーション	電話番号
------------	------

・サービス

	月	火	水	木	金	土	日
訪問看護	<input type="checkbox"/>						
ヘルパー	<input type="checkbox"/>						
デイサービス	<input type="checkbox"/>						
その他()	<input type="checkbox"/>						

・自由記載欄

すべてわかる範囲で結構です。ご記入ありがとうございました。



TEL:0957-46-5149 FAX:0957-46-5295