

訪問診療依頼書 (項目内で該当するものを○で囲んでください)

依頼日 年 月 日 () 担当看護師・・ 志村 ・ 小松 ・ 宍戸 ・ 立崎 ・ 平川

相談者名: 患者との関係 Dr ・ CM ・ MSW ・ Ns その他()

相談者連絡先 TEL: _____ 事業所又は病院名
FAX: _____

主治医 科 Dr	かかりつけ医 科 Dr	現在居所 自宅・入院施設	併診希望 有 ・ 無	退院予定 緊急度 至急・ 1w~2w以内・無	/ 頃	バックベッド 登録 未・済 面談待ち 病院
-----------------------	--------------------------	------------------------	----------------------	--	-----	------------------------------------

か 患者氏名 男・女 生年月日 T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 才

住所 連絡先

病名 認知症: 有 ・ 無

介護保険 要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
未申請 ・ 申請中 ・ 区分変更中 / 負担割合 1割 ・ 2割 ・ 3割

医療処置 ポート(中心静脈栄養) 輸液管理 穿刺(胸水・腹水) 経管栄養(N-T・PEG)
気管切開 人工呼吸器 吸引 人工肛門 留置カテーテル(尿道・膀胱瘻)
インシュリン 褥瘡処置 在宅酸素 麻薬管理 ペースメーカー その他()

食事 経口摂取状況 (普 ・ 少 ・ 摂取困難) 食事形態 (普通食 ・ トロミ食 ・ 半固形)
摂取制限 なし ・ あり (kcal)

排泄 日中 (トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ オムツ) / 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
夜間 (トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ オムツ) / 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

ADL 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

会話 可能 ・ 簡単な会話可能 ・ 不可能

現在の症状 ペインコントロール: 良好 ・ 不良 (疼痛部位) 言語障害 意識障害
嘔気 嘔吐 便秘 下痢 頻尿 尿閉 腹水 呼吸困難 咳 嚥下困難
浮腫(部位) 麻痺(部位)

ケアマネ事業所 未・TEL 担当者名	訪問看護ST 未・TEL
--------------------------	-----------------

《主治医からのIC内容》

《病気の受け止め方 訪問診療に望む事》

本人: 家族:

緊急時の対応: 入院希望 有 ・ 無 在宅看取希望 有 ・ 無

家族背景 同居人 () 独居 日中のみ独居

キーパーソン 氏名 続柄 () 連絡先