

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・平川

相談者名: 患者との Dr・CM・MSW・Ns
関係 その他()相談者連絡先 TEL: _____ 事業所又は
FAX: _____ 病院名

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

姓 患者 氏名		男 ・ 女	生年 月日	T · S · H · R
---------------	--	-------------	----------	---------------

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・半固体)
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 嘔下困難
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

《主担当からの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