

黒砂台診療所宛

TEL:043-441-5312

FAX: 043-441-5559

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 ・ 矢戸 ・ 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: 病院名						
主治医		かかりつけ医		現在居所		併診希望
科		科		自宅・入院施設		有 ・ 無
Dr		Dr				
				退院予定		/ 頃
				緊急度		至急 ・ 1w～2w以内 ・ 無
						バックベッド
						登録 未・済 面談待ち 病院
加 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				訪問看護ST		
未・TEL				未・TEL		
担当者名						
《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					