

訪問診療依頼票

フリガナ		<p style="text-align: center;">家族構成</p> <p style="text-align: center;">キーパーソン： 続柄： 緊急連絡先：</p>	ご紹介事業所	
患者氏名	男・女		ご住所	〒
生年月日	M・T・S 年 月 日 (才)		ご連絡先	
ご住所	〒		FAX	
ご連絡先			ご担当者	
保険情報	国・後高・他保険・身障・生保・他 ()		ADL状況など	
介護度	申請中・要支援1 2・要介護1 2 3 4 5		移動	自立・一部介助・全介助 車いす・寝たきり・他 ()
かかりつけ医	無・有 医療機関名： 診療情報提供書：有・無		食事	自立・一部介助・全介助 常食・粥・流動食・摂取量 割
療養状況	在宅・入院入所中 () 退院退所予定日： 月 日		排泄	自立・一部介助・全介助 トイレ・PTイレ・尿器・おむつ・他 ()
医療処置	尿道カテーテル・経管栄養(胃ろう・鼻腔) 中心静脈栄養・気管切開カニューレ 酸素療法・その他 ()		入浴	自立・一部介助・全介助 自宅・デイ・訪問
既往歴		更衣	自立・一部介助・全介助	
現在までの経過		睡眠	良好・可・不眠・眠剤使用	
		内服管理	自立・一部介助・全介助	
		視力障害：無・有 ()	短期記憶：無・有 ()	
		聴力障害：無・有 ()	問題行動：無・有 ()	
		言語障害：無・有 ()	褥瘡：無・部位 ()	
		内服薬		