

受付No. _____		<b>訪問診療申込書</b>			令和    年    月    日			
訪問診療の開始前にご記入をお願いしています。 ケアプラン、フェイスシート、サマリー等の情報も合わせてご送付願います(FAX、郵送いずれも可)。 以下の質問事項が他の情報提供書類と重複する場合は空欄で構いません。								
氏名		生年 月日	M・T S・H	年	月	日生	歳	
様		男・女	介護 支・介	有・無・申請中	1/2/3/4/5	保険 公費	後期・国保・社保 障・都・生保・他	
住所 〒		TEL		-			-	
		駐車スペース		無・有 (                      )				
依頼元	施設名	TEL		-			-	
	氏名	様 現在は 入院中・自宅・施設入居中・その他						
ケアマネ事務所			訪看	利用中・未利用・調整中 (                      訪看)				
担当	様	TEL	担当	様	TEL			
現在の病院 ①		病院		科		先生		
現在の病院 ②		病院		科		先生		
退院予定日    月    日 (    ) AM・PM 未定の場合 (来週中・今月中・ (    頃)								
病名			問題点・前段階準備					
経緯・状況：			<input type="checkbox"/> 家族介護力 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 摂食嚥下 <input type="checkbox"/> 栄養 (含胃ろう) <input type="checkbox"/> 気道管理 (吸引・気管切開) <input type="checkbox"/> 排泄 (オムツ・尿カケ・ポータブル) <input type="checkbox"/> 皮膚・褥瘡 <input type="checkbox"/> サービス・連携 <input type="checkbox"/> その他					
家族背景・キーパーソン：								
残薬の状況と訪問薬剤管理の希望の有無								
ご本人・ご家族の要望：								
導入予定： 訪看・デイ・訪問入浴・ヘルパー・訪爪			後方支援病院					
現在： ①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤訪爪								
	月	火	水	木	金	土	日	※
午前								
午後								
※								
その他：連絡事項等ございましたら、ご記入ください。								