

カルテ No. _____

相談日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◇訪問診療依頼シート◇

紹介経路： 本人・ 家族 ・関係機関等 (_____)

フリガナ _____ 明・大・昭

患者様氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢： _____ 歳 性別： 男 ・ 女

住所： 〒 _____ 生活保護： なし ・ 受給

世帯： 独居 ・ 同居有 主介護者(_____ 関係： _____ 連絡先： _____)

名前 (関係性) 連絡先

その他連絡先： ① (_____)

② (_____)

③ (_____)

診察希望理由： _____

病名： _____ 既往歴： _____

医療処置【該当するものを○で囲んでください】

経管栄養（経鼻/胃瘻/腸瘻）・点滴（末梢/IVH ポート無/有）輸液内容 (_____)

尿カテーテル・人工肛門・気管切開・吸引 (_____ 時間/回) ・在宅酸素 (_____ ℓ/m) ・人工呼吸器

残薬日数： _____ 月 _____ 日まで (_____ 日分) _____ ・ペースメーカー

ADL：自立歩行可 ・ 介助歩行可 ・ 立位保持可 ・ 寝たきり

介護保険：無（申請中）・有（要支援/要介護 _____ ・区変中）

ケアマネージャー：(事業所) _____

(担当者) _____

ヘルパー：(曜日・時間) _____

訪問看護：(曜日・時間) _____

訪問入浴：(曜日・時間) _____

デイサービス：(曜日) _____

ショートステイ： 利用有 ・ 利用無 _____

ご記入が済みましたら、ひかり在宅クリニックまで FAX をお願いします。

確認後、クリニックよりご連絡いたします。

ひかり在宅クリニック

TEL045-435-5239 FAX 045-435-5610

<p>【連絡】</p> <p>紹介状（未 / 受）</p> <p>初回訪問日（ _____ 月 _____ 日 AM / PM 予定）</p> <p>通 知（未 / 済）</p>	<p>【備考】</p>
---	-------------

