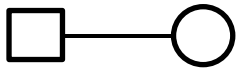


# 訪問診療依頼票

フリガナ 患者氏名		家族構成  	ご紹介事業所	
生年月日	M・T・S 年 月 日 (才)		ご住所	〒
ご住所	〒		ご連絡先	
自宅TEL			FAX	
保険情報	国・後期・他保険・生保 / 身障・難病		ご担当者	
介護度	申請中・要支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5		<b>ADL状況など</b>	
介護負担割合	1割・2割		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
主病名		更衣	自立・一部介助・全介助	
既往歴		睡眠	良好・可・不眠・眠剤使用	
<b>現在までの経過</b>		<b>介護サービス利用状況</b>		
		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( )	
		<b>内服薬</b>		
		【 ↓下記は当院にて記入↓ 】		
		薬局：	手渡し・訪薬	
		駐車場：		