

訪問診療依頼用紙

訪問診療の開始前に下記の内容についてご記入をお願いします。FAX あるいは郵送にてご返信ください。
 下記の内容が他の情報提供書と重複する場合は空欄で結構です。
ケアプラン、フェイスシート、サマリー、介護サービス利用票の情報も合わせてご送付願います。

カナ	性別	生年月日	年	月	日	歳		
氏名	男 女	【TEL】						
住所(自宅・施設入居)								
介護保険	介護認定 未・申請中・済 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5							
	負担割合(1・2・3)割 保険者番号【 】 被保険者番号【 】							
医療保険	主保険(後期・国保・社保・生活保護受給)							
	負担割合(1・2・3)割 保険者番号【 】 被保険者番号【 】							
	公費情報 特定疾患・重症老人・福祉医療・自立支援医療・その他()							
【依頼元】								
お名前		職種()		TEL				
【ケアマネージャー】				【訪問看護】 利用中・利用していない・導入調整中				
施設名	TEL	施設名	TEL					
担当	CM	担当	NS					
【現在の病院】		病院	科	先生				
【退院予定日】(入院中の場合)		月	日	AM・PM	未定の場合[来週中・今月中、 頃]			
【病名】			【問題点等】チェックを入れてください					
【経緯・状況】			<input type="checkbox"/> 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"/> 栄養[胃ろう]					
【家族背景・キーパーソン】			<input type="checkbox"/> 気道管理 [吸引・気管切開]					
関係			<input type="checkbox"/> 排泄 [オムツ・バルン・ポータブル]					
連絡先			<input type="checkbox"/> 皮膚・褥瘡					
			<input type="checkbox"/> その他()					
【現在のサービス】 ①訪問看護 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤訪問リハ ⑥マッサージ								
	月	火	水	木	金	土	日	
AM								該当する欄に①～⑥を 記入ください
PM								
導入予定のサービスにチェックを入れてください。								
<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> マッサージ他()								
定期・他科受診など予定も含めて記入ください								