

訪問診療依頼書

令和 年 月 日

記載者:

現時点でわかる範囲で構いません。ご協力ありがとうございます。

| | | |
|-----------|---|-------------------|
| フリガナ | 【名 前】 | 【性別】 男 ・ 女 |
| 【生年月日】 | 年 月 日 (歳) | |
| 【住 所】 | | |
| 【電話番号】 | | |
| 【かかりつけ医】 | 有 ・ 無 | |
| | 有→ | 病院 ・ 診療所 |
| | 外来 ・ 訪問診療 | 先生 |
| 【要支援・要介護】 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 要支援1 ・ 2 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | |
| 【ケアマネ】 | TEL: | |
| 【キーパーソン】 | TEL: | |
| 【訪問看護】 | すでに有 ・ 無 | |
| | 有→事業所: | |
| 世帯状況 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 | |
| 【病名】 | 1) | |
| | 2) | |
| | 3) | |
| | 4) | |
| 【現在】 | 入院中 ・ 外来通院中 ・ いずれでもない | |
| | (入院中なら)退院予定日: | |
| 【簡単な経過】 | | |
| 【薬局情報】 | 薬局 住所: | |
| 【処置】 | 点滴 (有 ・ 無) | 有→ 末梢 ・ 皮下 ・ IVH |
| | IVHの内容: | |
| | 酸素 (有 ・ 無) | 有→ リットル(会社名:) |
| | バルーン (有 ・ 無) | 有→容量: ml, サイズ: Fr |
| | 胃瘻 (有 ・ 無) | |
| | その他の処置 () | |
| 保険情報 | <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期医療保険証 <input type="checkbox"/> 医療費助成 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 生活保護(福祉課担当者:) | |