

【新患依頼用紙】

ご依頼者様情報	所属機関				連絡先					
	お名前				職種	<input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Nrs <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> その他()				
患者情報	氏名	漢字 :			よみがな :					
	性別	男・女	生年月日	M・T・S・H	年	月	日	年齢	歳	
	住所	〒								
	電話	自宅 : ()-()-()			携帯 : ()-()-()					
	身体状況	病名	#1	<input type="checkbox"/> ガン		余命 ヶ月	病名	本人⇒ <input type="checkbox"/> 未告知 <input type="checkbox"/> 告知済		
			#2	余命				家族⇒ <input type="checkbox"/> 未告知 <input type="checkbox"/> 告知済		
			#3	麻薬使用有・無				余命		本人⇒ <input type="checkbox"/> 未告知 <input type="checkbox"/> 告知済
		ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 認知症		<input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性		
			排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 精神疾患		<input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> その他		
			食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 骨・関節障害		<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 骨折後		
			更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 慢性心不全		<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> 心筋症		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 慢性呼吸不全		<input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 肺結核後遺症				
	認知面	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 時々問題行動 <input type="checkbox"/> 常時問題行動								
	医療管理	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル		<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養		<input type="checkbox"/> 在宅酸素		<input type="checkbox"/> 気管切開		
		<input type="checkbox"/> 胃ろう		<input type="checkbox"/> ペースメーカー		<input type="checkbox"/> インシュリン自己注射		<input type="checkbox"/> 他:()		
かかりつけ医有・無	病院		科 担当医師		今後の通院 有・無		次回受診日 月 日			
	病院		科 担当医師		今後の通院 有・無		次回受診日 月 日			
残薬	有 ⇒ 月 日まで ・ 無									
現在の生活状況	自宅・入院中 ⇒ (病院 科 担当医師 退院日 月 日)									
保険情報	医療	<input type="checkbox"/> 前期・後期高齢 (1割・2割・3割) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 身障()級 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 生活保護								
	生保	福祉事務所 : () 課・係 : () 電話 : ()-()-()								
	介護	<input type="checkbox"/> 申請中:申請日(月 日) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 利用中:介護度()			居宅介護支援事業所		担当CM			
	利用中のサービス	訪問看護の利用 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒依頼先:() 訪問看護の必要性 : <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> やや必要 <input type="checkbox"/> 不要 他のサービス :								
キーパーソン情報	キーパーソン	氏名	漢字 :			よみがな :		続柄		
		住所	〒				日中仕事		無・有⇒帰宅時間:	
		電話	自宅 : ()-()-()			携帯 : ()-()-()				
	他協力者	氏名	漢字 :			よみがな :		続柄		
	電話	自宅 : ()-()-()			携帯 : ()-()-()					
【追記事項】	経過、家族背景、訪問診療に望むこと、留意事項等、わかる範囲で情報をご記入下さい				【家族構成】わかる範囲で氏名、年齢、住所地等ご記入下さい					