

らいふサイエンス内科クリニック 訪問診療 行  
FAX:03-6272-9608

依頼日 R 年 月 日 ( )

## 訪問診療新規依頼票

詳しい内容は、改めてお尋ねしますので、差し支えない範囲でご記入ください。

患者氏名	ふりがな		男・女	依頼元				
				所 属	ケアマネ・SW・NS・その他( )			
生年月日	M / T / S / H 年 月 日 ( 歳)		氏 名	職 種				
				電話番号				
住 所			かかりつけの医療機関					
			機 関 名					
電話番号			連 絡 先					
			担 当 医					
現在の療養状況	在宅・入院中( )・入所中( )		かかりつけの薬局					
			薬局名					
現在環境	独居	同居( )	施設	訪問看護 あり(ステーション名 )・なし				
			連絡先 TEL: FAX:					
保険種類	社保・国保・船員・保険なし							
	公 費 負 担 医 療 ( 有 ・ 無 ) 生活保護・医療費助成・障害者手帳・限度額適応認定証							
介 護	担当ケアマネ-シ-ャ-	事業所:		氏 名:		電話番号:		
	有・無・申請中	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2)・ <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)						
訪 問 看 護	事業所:		担当:	訪問日:				
	電話番号:		FAX:					
	24H対応可能		24時間緊急連絡先					
診断名 既往歴								
経過・現在の状況・今後の方針など			在宅療養へのご希望・ご要望があればご記入ください					
			飲んでるお薬					
家族構成や介護の状況				日常生活動作				
				移動	・自立	・要介助		
				食事	・車椅子	・寝たきり		
				排泄	・自立	・要介助		
				入浴	・経管栄養	・中心静脈栄養		
				精神症状	・トイレ(自立)	・要介助		
					・トイレ(自立)	・要介助		
	・おむつ	・尿カテーテル						
	・自宅(自立)	・要介助						
	・訪問入浴	・通所施設にて						
	コミュニケーションをとるにあたり支障はありますか							
	難聴・認知症・高次脳機能障害等( )							
緊急時家族の連絡先				必要な医療処置があればご記入ください (中心静脈栄養、膀胱留置カテーテル、胃ろう等)				
氏名		続柄		電話番号				
通所・在宅・利用サービス	日	月	火	水	木	金	土	
【クリニック記入欄】								
端末	<input type="checkbox"/> 登録なし	<input type="checkbox"/> 端末なし登録のみ						
	<input type="checkbox"/> 端末設置	<input type="checkbox"/> あんしんケータイ		管理No:	番号:(	-	-)	