

FAX用

訪問診療申込書

令和 年 月 日

松口内科・循環器内科クリニック行き

FAX 092-834-6900

TEL 092-407-5555

医療機関名・事業所名

TEL

FAX

担当者

患者様氏名	男・女	生年月日	T S H R	年	月	日 (歳)
自宅住所						
病名					訪問診療 開始希望月	月頃
キーパーソン	氏名:	続柄:	連絡先:			
申込理由						
バックベツト	()病院		<input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 無し		
必要な医療内容 (○をつけてください)	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ポート管理 <input type="checkbox"/> 他注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> ストーマの管理 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> レスピレーター管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 尿導留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥創処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 透析(血液・腹膜) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーン管理 <input type="checkbox"/> その他 ()					
ADL	・排泄 (<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立)		・入浴 (<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立)		・移動 (<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立)	
	・コミュニケーション (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)		・食事 (<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立)			
家族構成(家族図・同居者以外も分かる範囲でお願いします)			その他			
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請		・介護度 <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 要支援 ()			
介護サービス利用状況	・看護 回/週 (曜日)		・リハビリ 回/週 (曜日)		・通所サービス 回/週 (曜日)	
在宅担当 介護支援専門員	事業所名:		担当者氏名:		電話番号() -	
訪問看護事業所	事業所名:		電話番号()		-	
	事業所名:		電話番号()		-	
薬局	<input type="checkbox"/> 薬局受け取り(薬局名:)		<input type="checkbox"/> 訪問希望(薬局名:)			
特記事項						

