

大角医院 訪問診療依頼(申込)書 FAX 03-3929-8573

必要書類

1. 訪問診療依頼書
2. 保険証(医療・介護)の写し(公費等の医療証をお持ちの方は、一緒に添付。)
保険証が手元にない場合は、番号を必ずご記入ください。
3. 診療情報提供書

記入日 年 月 日

紹介者

フリガナ		性別	男・女	生年月日	M · T · S · H
氏名		住所	〒		
電話		FAX			

家族状況	氏名	続柄	同居・別居	住所・電話番号			
			同別				
			同別				
			同別				

※キーパーソンには氏名欄に○印をご記入ください。

医療保険情報	保険者番号							記号・番号						
	公費負担者番号							受給者番号						
	区分	本人 · 家族						負担割合	1割	·	2割	·	3割	·

介護保険情報	保険者番号	/	/					記号・番号						
	要介護度	未認定 · 要支援 1 · 2 · 要介護 1 · 2 · 3 · 4 · 5												
	有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日												

病名		アレルギー												
----	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

既往歴	最終退院日 年 月 日(入院中の場合)												
-----	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

経過													
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

内服薬													
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療処置	<input type="checkbox"/> IVH・点滴管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマ	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> ペースメーカー									
	<input type="checkbox"/> HOT (L/分)	<input type="checkbox"/> 吸引 (回 / 日)	<input type="checkbox"/> インシュリン (回 / 日)	単位)											
	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル (サイズ Fr.)	交換日 /)													
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 経鼻 · 胃瘻 (サイズ Fr.)	交換日 /)		経管内容 ()											
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 斐癬	<input type="checkbox"/> 緑膿菌	<input type="checkbox"/> ワ氏	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> その他 ()								

日常生活 自立度	障害高齢者の日常自立度 【自立 · J1 · J2 · A1 · A2 · B1 · B2 · C1 · C2】											
	認知症高齢者の日常生活自立度 【自立 · I · IIa · IIb · IIIa · IIIb · IV · M】											

現在のサービス ①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤訪リハ ⑥その他 (該当する番号を週間予定表にご記入ください。)

	月	火	水	木	金	土	日	看護・介護上の 課題・問題点等									
午前																	
午後																	
その他																	