

あしたの在宅クリニック

訪問診療依頼シート

FAX送信先: TEL:03-5751-7300 FAX:03-5751-7337

依頼者様: \_\_\_\_\_ 病院・CM・訪看・家族 \_\_\_\_\_ 様

連絡先: \_\_\_\_\_

患者様氏名: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 性別: 男・女

住所: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

既往歴:	病名	発症時期	転帰
			治癒・治療中(病院: _____)

往診依頼理由: \_\_\_\_\_

ADL: 移動 ( 自立歩行・介助歩行・杖・歩行器・車椅子・寝台車椅子 )

栄養: { 経口 ( 自立 / 介助、むせこみ 有 / 無 )  
経管 ( 経鼻経管・胃瘻・腸瘻 )  
IVH ( ポート 有 / 無 ) 輸液指示: \_\_\_\_\_

排泄: 自立・おむつ・留置カテーテル・ストマ・リハビリパンツ

発語: 可・不可(意思表示の手段: \_\_\_\_\_)

家族同居: { 有 ( \_\_\_\_\_ )  
訪問: 頻度( \_\_\_\_\_ )  
訪問者( \_\_\_\_\_ )  
独居

ケアマネージャー \_\_\_\_\_ 事業所名 \_\_\_\_\_ 担当者名

要介護( 1・2・3・4・5 ) 要支援( 1・2 )

ヘルパー: \_\_\_\_\_ 回/週 (時間: \_\_\_\_\_)

訪問看護ステーション名

訪問看護: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 回/週 (時間: \_\_\_\_\_)

処置内容: \_\_\_\_\_

デイサービス: 月・火・水・木・金・土 ショートステイ: 有・無

- ・ 確認後、当クリニック相談員より依頼者様へ連絡いたします。