

かとうホームクリニック 訪問診療 新規依頼シート

FAX送信先 : 052-325-3775

依頼日

年 月 日

事業所名		TEL
ご担当者		FAX

ふりがな		性別	年齢	【 家 族 構 成 】
患者氏名	様	男・女	歳	
生年月日	T・S・H・R	年	月 日	
電話番号	自宅： 携帯：			

住所	〒 *マンション名・アパート名まで記載をお願いします		
----	-------------------------------	--	--

主病名			
-----	--	--	--

主介護者	氏名	(続柄：) 様	連絡先 <input type="checkbox"/> 同上 TEL
	住所		

キーパーソン	氏名	<input type="checkbox"/> 同上 (続柄：) 様	連絡先 <input type="checkbox"/> 同上 TEL
	住所	<input type="checkbox"/> 同上	

連携機関	病院	科	先生
------	----	---	----

介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
------	--	-----	---	-----	--

ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所名：	TEL
		ご担当者：	FAX

訪問看護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所名：	TEL
------	---	-------	-----

訪問介護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所名：	TEL
------	---	-------	-----

デイサービス	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所名：	TEL
--------	---	-------	-----

医療処置内容	栄養	<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他 ()
	排泄	ストマ (<input type="checkbox"/> 腸管 <input type="checkbox"/> 尿路) <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 自己導尿
	呼吸	<input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器
	その他	<input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 透析 (<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 腹膜)

備考			
----	--	--	--