

新規訪問診療受付票

可能な限りで構いませんのでご記載ください。

- 相談者様氏名 :
- ご所属 :
- ご連絡先 :

- 緊急性について
 - 余裕あり
 - やや至急
 - 大至急

■ご相談内容について、下記にご記載ください。

ふりがな 患者氏名	性別 ○男 ○女	相談者氏名 ご関係・所属機関
基本情報		相談者連絡先
生年月日	歳	主治医
住所		医療機関
電話		科
他連絡先		連絡先：
医療保険 <input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 社 <input type="checkbox"/> 前期1 <input type="checkbox"/> 前期3 <input type="checkbox"/> 後期1 <input type="checkbox"/> 後期3 介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援：1 2 要介護：1 2 3 4 5		在宅療養への要望 本人：
ケアマネジャー 事業所	電話 FAX	家族：
診断名・既往歴		
経過・現在の状況・今後の方針など		日常生活動作 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 寝たきり
		食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> その他 ()
		排泄 <input type="checkbox"/> トイレ_自立 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トイレ_介助あり <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> Pトイレ_自立 <input type="checkbox"/> Pトイレ_介助あり <input type="checkbox"/> そのほか ()
		入浴 <input type="checkbox"/> 自宅_自立 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 自宅_介助あり <input type="checkbox"/> 通所施設
		認知症： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 精神症状： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 幻覚妄想・徘徊・昼夜逆転等： ()
飲んでいるお薬		コミュニケーション： <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 具体的に（難聴・認知症・高次脳機能障害等）
家族構成： 主介護者： 本人との関係 () 連絡先： key person： <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> ないし 本人との関係 () 連絡先：		
皮膚トラブル： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 褥瘡：部位 () 現在の治療 () <input type="checkbox"/> その他 () 現在の治療 ()		
医療機器： <input type="checkbox"/> 胃瘻： <input type="checkbox"/> 呼吸器： <input type="checkbox"/> 侵襲式 <input type="checkbox"/> 非侵襲式 <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 間欠的 () <input type="checkbox"/> 吸引器： <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル： <input type="checkbox"/> その他： ()		