**訪問診療新規依頼書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **記入日** |  | **年** |  | **月** |  | **日** |

**※記載いただいた情報は、診療に関する目的以外には一切使用いたしません**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **依頼者氏名** |  | | |
| **関係** | **ケアマネージャー・看護師・ご家族・その他（　　　　　　　　　　　）** | | |
| **連絡先電話番号** |  | | |
| **連絡先FAX番号** |  | | |
| **患者様氏名** |  | | **男・女** |
| **生年月日** | **明治・大正・昭和・平成・令和・西暦** | **年　　月　　日** | |
| **現住所** | **〒** | | |
| **患者様電話番号** |  | | |
| **現在の療養状況** | **独居・同居家族あり（同居者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | |
| **施設　（施設名：　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　　）** | | |
| **入院中（病院名：　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　　）** | | |
| **保険情報**  **※保険証コピーを添付ください** | **【医療保険】国保・後期・社保・共済・その他（　　　　　　　　　　）**  **【障害医療証】有・無　【公費保険証】有・無　【難病医療証】有・無**  **【生活保護受給】有・無** | | |
| **介護区分** | **要支援1・要支援2　　要介護1・2・3・4・5　　申請中（申請日：　月　日）　　未申請** | | |
| **寝たきり度** | **歩行可　　杖・シルバーカー　　車椅子に移乗可　　介助で車椅子　　寝たきり** | | |
| **認知症自立度** | **自立　　誰かが見ていれば自立**  **介助がないと判断できない　　介助があっても判断できない** | | |
| **ケアマネージャー** | **事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：**  **担当者：** | | |
| **薬局** | **薬局名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：**  **訪問服薬：有　・　無** | | |
| **訪問看護** | **利用中（事業所名：　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　）**  **利用していない** | | |
| **訪問リハ** | **利用中（事業所名：　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　）**  **利用していない** | | |
| **訪問介護** | **利用中（事業所名：　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　）**  **利用していない** | | |
| **デイサービス**  **ショートステイ** | **利用中（事業所名：　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　）**  **利用していない** | | |
| **その他サービス**  **(訪問歯科･訪問マッサージなど）** |  | | |

**サービススケジュール**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **月** | **火** | **水** | **木** | **金** | **土** | **日** |
| **午前** |  |  |  |  |  |  |  |
| **午後** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **病名** |  |
| **現在の医療処置** | **在宅酸素・BiPAP・CPAP・気管切開・人工呼吸器・たん吸引**  **栄養（経鼻胃管・胃ろう・中心静脈栄養）**  **自己導尿・尿道留置カテーテル・膀胱ろう・尿管皮膚ろう**  **人工肛門**  **インスリン注射**  **褥瘡処置**  **その他：（　　　　　　　　　　　　　　　）・医療処置なし** |
| **キーパーソン氏名** |  |
| **患者様との続柄・関係** |  |
| **キーパーソン住所** |  |
| **キーパーソン連絡先** |  |
| **現在のかかりつけ医療機関** |  |
| **診療情報提供書（紹介状）** | **有　・　かかりつけ医なし** |
| **駐車スペース** | **自宅　・　近隣駐車場** |
| **その他・備考**  **（家族の要望など）** |  |

**在宅でのターミナルケアをご希望の方は、わかる範囲でこちらもご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **病名告知** | **済　・　未（家族のみ）** |
| **予後告知** | **済　・　未（家族のみ）** |
| **急変時の対応** | **自宅対応（救急搬送はしない）**  **病状により救急搬送**  **積極的に救急搬送** |
| **看取りの場所** | **自宅・ホスピス・緩和ケア病棟・一般入院** |

**みたかホームケアクリニック　FAX：0422-72-5551**TEL：0422-72-5550