

訪問診療依頼用紙(詳細)

記入日 年 月 日

※おわかりになる範囲のみご記入ください。

| | | | | |
|--------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------|------|
| 患者イニシャル | | | | |
| 現在の状況 | 在宅 ・ 入院中 ・ 施設入所中 ・ 施設入所予定 | | | |
| | 在宅 | 主な介護者 | 配偶者・子【 】・その他【 】 | |
| | 入院中 | 病院名 | | 診療科： |
| | | 入院理由(疾患名) | | 入院日： |
| | | 治療内容・経過 | | |
| | | 病院からの病状説明内容 | | |
| | | 癌の場合 | 告知済み 未告知（理由： ） | |
| | | 病状理解度 | 本人 | |
| | | | 家族 | |
| | | 退院予定日 | | |
| | 施設入所中 | 施設名 | | |
| | 施設入所予定 | 施設名 | | |
| | | 入所予定日 | | |
| | かかりつけの病院 | 無 ・ 有 【病院名： 】 | | |
| | | ☆有→ 継続通院あり ・ 継続通院なし | | |
| | ADL | 自立・移動見守り・全介助 詳細： | | |
| | 食事内容 | | | |
| | 認知力 | | | |
| | 排泄 | 自力・ポータブルトイレ・おむつ | | |
| | 必要な医療処置 | 褥瘡処置・尿道バルーン交換・在宅酸素・気管切開後の管理 | | |
| CVポート・その他【 】 | | | | |

| | | | | |
|--------------|----------------------|-----------------------------------------------|---------------|--|
| 家族の状況 | 独居 同居者あり（どなたと？： ） | 家族構成 | | |
| サービス 介入状況 | 介護保険 | なし あり（要支援：1・2 要介護：1・2・3・4・5） 申請中（申請日： ） | | |
| | 身体障害者手帳 | なし あり（1・2・3・4・5・6）級 申請中（申請日： ） | | |
| | 生活保護 | 有・無・申請中 | ☆有→生保担当者名 | |
| | 介護支援事業所 | 電話【 - - 】 | 担当者 | |
| | 訪問看護ステーション | 電話【 - - 】 | | |
| | 詳細 | ヘルパー | 月・火・水・木・金・土・日 | |
| | | 訪問看護 | 月・火・水・木・金・土・日 | |
| デイサービス | | 月・火・水・木・金・土・日 | | |
| その他（ ） | | 月・火・水・木・金・土・日 | | |
| 自由記載欄 | | | | |
| 依頼者様氏名 | | 事業所・病院名 | | |

ご記入ありがとうございました。

今後、ご本人・ご家族様・各関係者様への「訪問診療内容」及び「契約手続き方法」説明のための日程・場所の設定を致します。

～以下アーチクリニック記入欄～

ー以下の内容は個人情報保護のためお電話で確認させていただきますー

| | |
|----------|------|
| 患者様氏名 | |
| キーパーソン氏名 | 【続柄】 |



アーチクリニック

受取日： _____ 確認者： _____
 手続日： _____ 初回訪問日： _____

TEL：045-718-6539
 FAX：045-718-6560