

新規依頼票

依頼日： 年 月 日

ご依頼者様：所属

氏名：

TEL：

フリガナ					
氏名		男・女	生年月日	M・T S・H	年 月 日 (歳)
訪問先住所 〒			電話番号	自宅TEL 携帯TEL	
同居家族				氏名 (続柄)	
協力者		キーパーソン		住所 〒 自宅TEL 携帯TEL	
病名				感染症	なし・あり()
				アレルギー	なし・あり() 症状：
依頼状況				医療処置・管理	点滴・気管切開(気管カニューレ)・吸引 カテーテル(尿道・膀胱瘻)・胃瘻・腸瘻 ストーマ(人工肛門・人工膀胱)・褥瘡 在宅腹膜灌流・血液透析・在宅酸素 中心静脈栄養・経管栄養(成分栄養・その他) 自己導尿・人工呼吸・持続陽圧呼吸法 悪性腫瘍・肺高血圧・疼痛管理 その他()
	訪問診療導入への本人の了解：(有・無)				
過去1年以内の入院歴：無・有(医療機関名：)					
【現在入院中の病院名：			退院日： 年 月 日】		
現在のかかりつけ医院：			残薬： 月 日まで		
身体状況	麻痺	なし、左上肢、右上肢、左下肢、右下肢		排泄	自立、トイレ介助、ポータブル、オムツ
	起居	自立、一部介助、座位可、起居不能		入浴	自立、一部介助、全介助
	移動	自立、杖、歩行器、介助、車椅子、全介助		意思伝達	可、時々可、不可
	食事	自立、一部介助、全介助		意志決定	自立、見守り必要、不可
	嚥下障害	問題なし、見守り必要、摂食禁止		障害	視力() 聴力()
	睡眠	良好、不眠、眠剤服用		問題行動	無・有()
保険情報	保険の種類	社保・国保・生保(管轄：)・その他()・限度額適応認定証(有・無) 高齢受給者証(2割・3割)・後期高齢者受給者証(1割・3割)			
	公費	特定疾患医療受給者証(難病)・重度心身障害者受給者証・自立支援受給者証・その他公費()			
	手帳	障害者手帳(種類 / 等級)・障害福祉サービス(区分：)			
	介護保険	介護認定：有・無 申請中(申請日 /)		負担割合証	1割・2割・3割 介護度 要支援() 要介護() 区変中
関係機関	ケアマネ	事業所			担当者
	(有・未定)	住所			TEL/FAX /
	訪問看護	事業所			担当者
	(リハビリ)	住所			TEL/FAX /
	訪問薬剤	薬局名			TEL/FAX /
サービス利用日	【利用されているサービスに○をお願いします】			木	デイサービス 訪問介護 訪問入浴 訪問看護 その他
	月	デイサービス 訪問介護 訪問入浴 訪問看護 その他	金	デイサービス 訪問介護 訪問入浴 訪問看護 その他	
	火	デイサービス 訪問介護 訪問入浴 訪問看護 その他	土	デイサービス 訪問介護 訪問入浴 訪問看護 その他	
	水	デイサービス 訪問介護 訪問入浴 訪問看護 その他	日	デイサービス 訪問介護 訪問入浴 訪問看護 その他	



きだ在宅クリニック
KIDA HOME CARE CLINIC

〒299-3267 大網白里市清名幸谷51-1
TEL:0475-70-8822 FAX:0475-70-8823