

ホームケアクリニックもみじ 訪問診療受付シート

FAX送信先：082-899-6080

記入日： _____

【依頼者】			
【連絡先】			
ふりがな 【患者氏名】			【性別】
【生年月日】	年	月	日生
【訪問先住所】	〒		
【連絡先】	①		【駐車場】
	②		
【介護認定】	認定の有無		負担割合
【ケアマネジャー】			連絡先
【現在の療養場所】			
紹介医			かかりつけ医
退院予定日	月	日	通院予定
【保険情報】	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 割 <input type="checkbox"/> 国保 割 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 重度障害 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 級 <input type="checkbox"/> その他 ()		
【病名】			
【相談内容】			

今後の方針	<input type="checkbox"/> 最後まで自宅希望	<input type="checkbox"/> なるべく自宅で過ごしたいが、必要なら入院希望
	<input type="checkbox"/> 入院希望	<input type="checkbox"/> その他 ()

医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 (L/分 業者:)
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (業者:) <input type="checkbox"/> 吸引
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ (種類 サイズ 最終交換日)
	<input type="checkbox"/> PEG (種類 サイズ 最終交換日 交換場所)
	<input type="checkbox"/> 点滴 (末梢・皮下・高カロリー) (種類 量)
	<input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 導尿
	<input type="checkbox"/> 尿バルーン (サイズ 最終交換日)
	<input type="checkbox"/> 血糖測定 () <input type="checkbox"/> インスリン注射 ()
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール
	<input type="checkbox"/> その他 ()

最終受診日	月 日	残薬
-------	-----	----

サービス利用予定	<input type="checkbox"/> 訪問看護 ()
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 ()
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ ()
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 ()
	<input type="checkbox"/> デイケア ()
	<input type="checkbox"/> デイサービス ()
	<input type="checkbox"/> S-ステイ ()
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ()
	<input type="checkbox"/> その他 ()

家族構成	A D L	食事	
		移動	
		入浴	
		排泄	
		コミュニケーション <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難	
		認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	

キーパーソン	主介護者
--------	------

告知について (本人・家族)	<input type="checkbox"/> 病名・予後を含め告知済 <input type="checkbox"/> 病名のみ告知済
	<input type="checkbox"/> 未告知 ()