

# 在宅訪問診療・在宅訪問看護依頼票

相談日	令和 年 月 日 ( )		
相談者氏名	_____ (続柄 )		
連絡先	_____		
利用者様氏名	フリガナ _____		
住所	〒 _____		
電話番号	_____		
生年月日	M. T. S. H	年	月 日
要介護度	申請中 ( 年 月 日申請) ・ 無 要支援 1・2                      要介護 1・2・3・4・5		
身体障害者手帳	有 ( 級) ・ 無		
病名 (既往歴)	_____		
認知症	有 ・ 無		
医療	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他( )		
内服薬	_____		
利用したいサービス	<input type="checkbox"/> 症状の観察や判断 (在宅訪問診療) <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 医師の指示による医療処置 (褥瘡の処置、カテーテル交換など) <input type="checkbox"/> 各種介助 (入浴・食事・排泄など) <input type="checkbox"/> その他		
週間スケジュール	月	AM	PM
	火	AM	PM
	水	AM	PM
	木	AM	PM
	金	AM	PM
	土	AM	PM
事業所名	TEL	ケアマネジャー	
備考 (患者様の状態)			