

大角医院 訪問診療依頼(申込)書

FAX 03-3929-8573

必要書類

1. 訪問診療依頼書
2. 保険証(医療・介護)の写し(公費等の医療証をお持ちの方は、一緒に添付。) 保険証が手元にない場合は、番号を必ずご記入ください。
3. 診療情報提供書

記入日 年 月 日

紹介者

フリガナ		性別	男・女	生年月日	M・T・S・H
氏名		住所	〒		
電話		FAX			

家族状況	氏名	続柄	同居・別居	住所・電話番号
			同 別	
			同 別	
			同 別	

※キーパーソンには氏名欄に○印をご記入ください。

医療保険情報	保険者番号									記号・番号						
	公費負担者番号									受給者番号						
	区分	本人 ・ 家族							負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割 ・ 生保						

介護保険情報	保険者番号	/	/							記号・番号						
	要介護度	未認定 ・ 要支援 1・2 ・ 要介護 1・2・3・4・5														
	有効期間	平成 年 月 日							～	平成 年 月 日						

病名		アレルギー	
----	--	-------	--

既往歴	最終退院日 年 月 日(入院中の場合)		
-----	---------------------	--	--

経過			
----	--	--	--

内服薬			
-----	--	--	--

医療処置	<input type="checkbox"/> IVH・点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> HOT (L/分) <input type="checkbox"/> 吸引 (回 / 日) <input type="checkbox"/> インシュリン (回 / 日 単位) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (サイズ Fr. 交換日 /) <input type="checkbox"/> 経管栄養 経鼻 ・ 胃瘻 (サイズ Fr. 交換日 /) 経管内容 ()			
	感染症	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> ワ氏 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> その他 ()		

日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度 【 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 】
	認知症高齢者の日常生活自立度 【 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 】

現在のサービス ①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤訪リハ ⑥その他 (該当する番号を週間予定表にご記入ください。)

	月	火	水	木	金	土	日	看護・介護上の課題・問題点等
午前								
午後								

その他							
-----	--	--	--	--	--	--	--