

訪問診療依頼票

フリガナ 患者氏名		<p style="text-align: center;">家族構成</p>	ご紹介事業所	
生年月日	M・T・S 年 月 日(才)		ご住所	〒
ご住所	〒		ご連絡先	
ご連絡先			FAX	
保険情報	国・後高・他保険・身障・生保・他()		ご担当者	
介護度	申請中・要支援1 2・要介護1 2 3 4 5		ADL状況など	
障害高齢者の自立度:	認知症高齢者の自立度:		移動	自立・一部介助・全介助 車いす・寝たきり・他()
かかりつけ医	無・有 医療機関名: 診療情報提供書: 有・無		食事	自立・一部介助・全介助 常食・粥・流動食・摂取量 割
療養状況	在宅・入院入所中() 退院退所予定日: 月 日		排泄	自立・一部介助・全介助 トイレット・トイレ・尿器・おむつ・他()
医療処置	尿道カテーテル・経管栄養(胃ろう・鼻腔) 中心静脈栄養・気管切開カニューレ 酸素療法・その他()		入浴	自立・一部介助・全介助 自宅・デイ・訪問
既往歴		更衣	自立・一部介助・全介助	
		睡眠	良好・可・不眠・眠剤使用	
		内服管理	自立・一部介助・全介助	
		視力障害:無・有()	短期記憶:無・有()	
		聴力障害:無・有()	問題行動:無・有()	
		言語障害:無・有()	褥瘡:無・部位()	
現在までの経過			内服薬	