

訪問診療申込用紙

利用者	氏名				生年 月日	年 月 日 明治・大正・昭和 年	歳	男 女
	住所						TEL	
申込者	氏名				続柄			
	住所	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 他()						
病名								
現在の かかりつけ医	() <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> クリニック <input type="checkbox"/> 病院()科							
	主治医名()医師							
経過	お分りの範囲でご記入ください。							
ADL	<input type="checkbox"/> 寝たきり ・ <input type="checkbox"/> 車椅子(移乗 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 介助) ・ <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> その他()							
食事 摂取状況	状況	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(<input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> ポート) <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> その他()						
栄養管理	形態	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他()						
同居家族	無 ・ 有 (続柄)				キーパーソン氏名			
介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 申請中 未申請							
ケアマネ ジャー	氏名				TEL			
	事業所名							
利用状況事業所 名曜日など	<input type="checkbox"/> 訪問看護	事業所名 曜日			<input type="checkbox"/> デイサービス	事業所名 曜日		
	<input type="checkbox"/> ヘルパー	事業所名 曜日			<input type="checkbox"/> ショートステイ	事業所名 曜日		
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	事業所名 曜日			<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	事業所名 曜日		
	<input type="checkbox"/> その他	()						
緊急性	<input type="checkbox"/> 急ぐ <input type="checkbox"/> 急がない							
残薬	()日分 不明							
保険情報	種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()						
	減免	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他()						
要望	急変時	<input type="checkbox"/> CPR <input type="checkbox"/> DNAR						
	癌の場合	抗癌剤の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※当院で抗癌剤の処方はありません					
		鎮静剤の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
		使用薬剤						
看取りの場合	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他()							
備考								

島田医院 Fax(0742-44-0005)または郵送, E-mail 等にて当院へご連絡ください。