

【新患依頼用紙】

ご依頼者様情報		所属機関		連絡先							
お名前		職種		□CM □Dr □Nrs □MSW □その他()							
氏名		漢字 :		よみがな :							
性別	男・女	生年月日	M・T・S・H	年	月 日 年齢 歳						
住所	〒										
電話	自宅 : ()-()-()		携帯 : ()-()-()								
患者情報	病名	#1	□ガン		病名	本人⇒ □未告知 □告知済					
		#2	余命 か月		家族⇒ □未告知 □告知済						
		#3	麻薬使用有・無		余命	本人⇒ □未告知 □告知済					
	ADL	移動	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		□認知症		□レビー小体型 □アルツハイマー型 □脳血管性				
		排泄	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		□精神疾患		□うつ病 □統合失調症 □その他				
		食事	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		□骨・関節障害		□腰痛 □関節痛 □しびれ □骨折後				
		更衣	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		□慢性心不全		□虚血性心疾患 □弁膜症 □心筋症				
		入浴	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		□慢性呼吸不全		□COPD □間質性肺炎 □肺結核後遺症				
		認知面	□問題なし □見守り □時々問題行動 □常時問題行動								
	医療管理		□膀胱留置カテーテル □中心静脈栄養		□在宅酸素 □気管切開						
		□胃ろう □ペースメーカー		□インシュリン自己注射 □他:()							
かかりつけ医有・無	病院 科 担当医師		今後の通院 有・無		次回受診日 月 日						
		病院 科 担当医師		今後の通院 有・無 次回受診日 月 日							
残薬	有 ⇒ 月 日まで ・ 無										
現在の生活状況	自宅・入院中 ⇒ (病院 科 担当医師 退院日 月 日)										
保険情報	医療	□前期・後期高齢 (1割・2割・3割) □国保 □身障()級 □特定疾患 □自立支援医療 □生活保護									
	生保	福祉事務所 : () 課・係 : () 電話 : ()-()-()									
	介護	□申請中:申請日(月 日) □未申請 □利用中:介護度()		居宅介護支援事業所	担当CM						
	ご利用中のサービスの	訪問看護の利用 : □無 □有⇒依頼先:() 訪問看護の必要性 : □必要 □やや必要 □不要									
		他のサービス/曜日/時間:									
キーパーソン情報	氏名	漢字 :		よみがな :		続柄					
	住所	〒				日中仕事	無・有⇒帰宅時間:				
	電話	自宅 : ()-()-()		携帯 : ()-()-()							
	他協力者	氏名		よみがな :		続柄					
		電話		自宅 : ()-()-() 携帯 : ()-()-()							
【追記事項】			経過、家族背景、訪問診療に望むこと、留意事項等、わかる範囲で情報をご記入下さい			【家族構成】			わかる範囲で氏名、年齢、住所地等ご記入下さい		