

【新患依頼用紙/施設用】

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(施設)		〒			施設電話 : ()-()-()					
病名		#1			□ガン	本人⇒	□未告知	□告知済		
病名		#2			余命	か月	家族⇒	□未告知	□告知済	
病名		#3			麻薬使用	有・無	余命	本人⇒	□未告知	□告知済
身体状況		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		
ADL		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		
ADL		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		
ADL		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		
ADL		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		
医療管理		□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	
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	()	
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			
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		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	漢字 :			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					