

とくしげ在宅クリニック 診療依頼シート

令和 年 月 日

✎ ご相談者様について

ご相談者様 氏名	様	電話番号	- -
患者様との ご関係		当院を知った きっかけ	

✎ 患者様について

患者様氏名	様 (ふりがな: さま)
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳) 男性・女性
患者様住所 (ご訪問先)	(〒 -)
電話番号	固定電話: - - 携帯: - -
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入所中(施設名:) <input type="checkbox"/> 入院中(病院名: 退院予定:)
病名・病状	現在のかかりつけ医 (病院・医院 科 担当医: 先生)
日常生活動作	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車イス(介助) <input type="checkbox"/> 車イス(自力) <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 自立
必要な医療処置	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 他()
保険情報	医療(: 割)公費【マル福・マル障・難病・生活保護・自立支援】 介護【未申請 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5】
サービス 利用状況	ケアマネ(事業所名: 担当者名: 様)
	訪問看護(事業所名: 担当者名: 様)
	デイサービス利用 なし・あり(月 火 水 木 金 土 日)

✎ キーパーソン(もしくは主介護者様)の情報

キーパーソン (介護者様)氏名	様 (続柄:)
キーパーソン (介護者様)住所	(〒 -)
電話番号	固定電話: - - 携帯: - -

特記事項 (困っていること等)	
--------------------	--



FAX : 052-680-9706



とくしげ在宅クリニック 宛