

訪問診療依頼・情報提供書

記入日： 年 月 日

<依頼者情報>

ご依頼者氏名		病院・事業者名	
患者さんとの関係	ケアマネージャー・看護師・ご家族・その他（ ）		
連絡先番号	TEL：	FAX：	

<患者情報>

フリガナ 氏名・性別・年齢	男・女 歳
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日
住所	
	建物名：
連絡先	自宅： 携帯：
現在の療養状況	独居・同居家族あり（同居者：）
	入院中（病院名： TEL：）
	施設（施設名： TEL：）
適用保険	国保・社保・前期高齢者・後期高齢者・身障・難病・生活保護 他（）負担割合（）割
介護区分	要支援（）・要介護（）・未申請・申請中・区変中
寝たきり度	歩行可・杖・シルバーカー・車いすに移乗可・介助で車いす・寝たきり
認知症自立度	自立・誰かがみていれば自立 介助がないと判断できない・介助があっても判断できない

病名	かかりつけ医療機関（ ）	既往歴：
現在の医療処置	医療処置なし 在宅酸素（ L/分） BiPAP CPAP 気管切開 人工呼吸器 たん吸引 栄養（経鼻胃管 胃瘻 中心静脈栄養）栄養剤名（ ） 自己導尿 尿道留置カテーテル（ Fr） 膀胱ろう 尿管皮膚ろう 人工肛門 インスリン注射 その他：（ ） 褥瘡処置 有 無 部位（ ） D3 D4 D5 （ ）	

<家族情報>
<家族構成図>（同居家族は○で囲んでください）

キーパーソン	氏名：	続柄：	
	住所：		
	連絡先番号：		

<サービス利用状況>

①訪看（
）②デイ（
）③訪問入浴（
）④ヘルパー（
）⑤訪問リハ（
）

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							

今後導入予定のサービス：
訪看
・
デイ
・
訪問入浴
・
ヘルパー
・
訪問リハ

かかりつけ薬局名（
）

<連絡事項>

困っていること	
今後の不安と希望	本人： 家族： 終末期の希望：
特記事項	

在宅ターミナルケアをご希望の方は、わかる範囲でこちらもご記入ください

病名告知	済 ・ 未（家族のみ）
予後告知	済 ・ 未（家族のみ）