**訪問診療申込書**

申込日　　　年　　　月　　　日

申込者氏名

利用者との御関係

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | | | 男・ | 明治　・　大正　・　昭和　・　平成 | | | 血液型 |
| 利用者氏名 | | | |
| 様 | | | | 女 | 年　　　月　　　日（　　）歳 | | | 型 |
| 住所  〒　　-  電話　（　　　）　　－ FAX　　－　　－ | | | | | | | | |
| 健康保険証：　国保・後期・社保・共済・生保・その他（　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳：有・無 | | | 公費保険証：有・無 | | | | 特定疾患医療証：有・無 | |
| 介護保険証　：　有　・　無要介護状態区分　要支援　１・２　　要介護　１・２・３・４・５認定有効期間　　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　年　　　月　　　　日　居宅介護支援事業所（ケアマネージャー） 担当者名　　　　　　　　TEL | | | | | | | | |
| 事業所名と電話番号・利用されている時間帯をご記入ください。 | | | | | | | | |
| サービス | | 事業所名 | | | TEL | | 曜日・時間帯 | |
| 訪問看護 | |  | | |  | |  | |
| デイサービス | |  | | |  | |  | |
| 訪問入浴 | |  | | |  | |  | |
| ヘルパー | |  | | |  | |  | |
| 訪問リハビリ | |  | | |  | |  | |
| 当てはまるものに☑を入れてください。  食事　　　　□自力摂取（　箸・スプーン　）　　　□介助　　　□経管栄養移動　　　　□自立　　　□介助　　　□歩行器・杖　　　□車いす　　　□寝たきりトイレ　　　□自立　　　□介助　　　□ポータブル　　　□オムツ　　　□カテーテル入浴　　　　□自立　　　□介助　　　□訪問入浴 | | | | | | | | |
| 家族構成をご記入ください。主に介護をされている方の欄に○をつけてください。 | | | | | | | | |
| 家族構成 | 氏名 | | 続柄 | 同居・別居 | | 別居の方は住所・TELを御記入ください | | |
|  | |  |  | |  | | |
|  | |  |  | |  | | |
|  | |  |  | |  | | |
|  | |  |  | |  | | |
| 緊急連絡先 | | | | | | | | |
| １．氏名　　　　　　　　 続柄　　　 TEL 住所 〒 | | | | | | | | |
| ２．氏名 　　　　　　　　続柄 　　　TEL 住所 〒 | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主病名 入院中　・　外来通院 | | | |
| かかりつけ医療機関名 | | 診療科 | 担当医師名 |
|  | | | |
| 必要な 医療内容 （○をつけて ください）  ・点滴　　・中心静脈栄養　　・他注射　　・経管栄養（胃瘻・腸瘻）　　・ストマの管理  ・酸素療法　　・吸入 ・吸引　　・レスピレーター管理　　・気管切開  ・膀胱瘻　　・褥瘡処置　　・尿道留置カテーテル　　・疼痛の管理 ・その他（　　　　　　　　） | | | |
| 意思疎通 | 良好・困難 | | |
| ADL  ①移動： 自立・介助・寝たきり ②食事： 自立・介助  ③入浴： 自立・介助 ④排泄： 自立・介助  おむつ・ポータブルの使用　有・無 | | | |
| 内服の残数　　　　　　　　　日分 | | | |
| これまでの経過  連絡事項 | | | |