

訪問診療事前確認シート

年 月 日

・依頼者

お名前		本人との関係	
連絡先			

・患者様

フリガナ		生年月日	年	月	日 (満 歳)
お名前					
住所	〒				
連絡先					

・主な疾病

	病名	医療機関	診療科目
1			
2			
3			
その他			
癌の場合 告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
現在の療養の場	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主介護者	家族構成		
同居者			

これまでの経過と現在の病状			
訪問診療導入となった経緯			
主治医からの病状説明			
かかりつけ医療機関名	今後の通院継続	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

・ADL

歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可能	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> サービス利用	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ

・補助具

杖	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	歩行器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	車いす	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他					

必要な医療処置など	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 尿道バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------	---

生活保護	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	生保担当者	
------	--	-------	--

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり (級) <input type="checkbox"/> なし	介護保険	<input type="checkbox"/> あり (要支援 or 要介護) <input type="checkbox"/> なし
---------	---	------	--

介護保険事業所 (ケアマネ事業所)	担当者名	
	電話番号	

訪問看護ステーション	電話番号	
------------	------	--

・サービス

	月	火	水	木	金	土	日
訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ヘルパー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
デイサービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

・自由記載欄

すべてわかる範囲で結構です。ご記入ありがとうございました。



Alt Clinic
アルトクリニック

TEL : 044-366-8833

FAX : 044-366-8834