

訪問診療依頼書

訪問診療の開始前に下記のご記入をお願いいたします。メール、FAXあるいは郵送にてご返信ください。
下記の内容が、他の情報提供書類と重複する場合は、空欄で結構です。

フリガナ								
氏名	様	性別	男・女(選択)	生年月日	年	月	日	歳
		介護認定	有・無・申請中(選択)	介護度	要支援[1・2]、要介護[1・2・3・4・5](選択)			
住所	[入院中・自宅・施設入居] (選択)			TEL				
	駐車スペース	有・無(選択)	場所					
依頼元	職種 () ・ご家族(選択)			依頼経緯	[CM・訪看・主治医]の勧め、[本人・家族]の希望(選択)			
お名前 TEL				訪問看護 施設名	利用中・利用していない・導入調整中(選択)			
ケアマネ 担当CM TEL	施設名 ()			連絡先	担当Ns			
FAX								
【現在の 病院】	() 病院 () 科 () 先生							
【退院予 定日】	(入院中の 場合)	年	月	日	AM・PM(選択)	未定の場合	来週中・今月中・() 頃(選択)	
【病名】				【問題点・前段階準備】 ↓チェックを入れてください				
【経緯・状況】				<input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 気道管理(吸引・気管切開) <input type="checkbox"/> 皮膚・褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ()				
【家族背景・キーパーソン】								
【ご本人・ご家族の要望】								
【現在導入サービス】	①訪看、②デイ、③訪問入浴、④ヘルパー、⑤訪リハ (以下に番号を)			【導入予定のサービス】 ↓チェックを入れてください				
	月	火	水	木	金	土	日	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 他 ()
AM								
PM								
【後方連携】	定期・他科受診など予定も含めて記入ください							
【その他】	連絡事項等ありましたらご記入ください							

《下記は記入不要》

訪問診療担：中央(太子道・春日・上京・仁和)、南(吉祥院・久世・九条)、北部(京都協立・あやべ・ふくち・まいづる・たんご)
当用紙(excelシート)は、<https://kyoto-hokenkai.or.jp/zaitaku/support.htm> からダウンロード可能です。