

訪問診療導入シート

FAX: 019-614-0134

【記入日】令和 年 月 日 ()

【所属・記入者】

【患者氏名】 (男・女)
 【生年月日】 年 月 日 (歳) 入院中
 【住所】 自宅
 【TEL①】 ↓ 施設
 【TEL②】 ()

【身体症状】
 【精神症状】⇒認知症: 有 ・ 無 ※どちらかに○

【主病名】 ※診療情報提供書があれば、記入不要

【既往歴】 ※診療情報提供書があれば、記入不要

【家族構成】

【医師の病状説明内容】 ※診療情報提供書があれば、記入不要

【キーパーソン (続柄)】 TEL :
 【主介護者 (続柄)】 TEL :
 【介護に携われる方 (続柄)】

※主病名が癌の場合、必ず記入して下さい

【告知について】

本人へ :

家族へ :

【生活歴／性格／趣味】 ※フェイスシートがあれば、記入不要。
 (別途添付願います。)

【病気の解釈・感情／訪問診療への期待】

本人 :

家族 :

【訪問診療までの経過】 ※希望する理由もご記入下さい

【医師の説明での予後の見通し】

数日 数週間 数カ月 半年以上
 (具体的に:)

※終末期の方は、必ず記入して下さい

【看取りの場所に関する希望】

まだ決めていない
 自宅 (施設) で 病院で

ACP(人生会議)

している・していない
 ・これから希望

補足() 例: 緩和ケア見学済み等

【訪問診療開始希望日】 ※ご家族の同席が可能な日程をご記入下さい

① 年 月 日 ()

② 年 月 日 ()

必ずしもご希望に添えるとは限りません。

又、お時間の指定は対応しかねますのでご了承下さい。

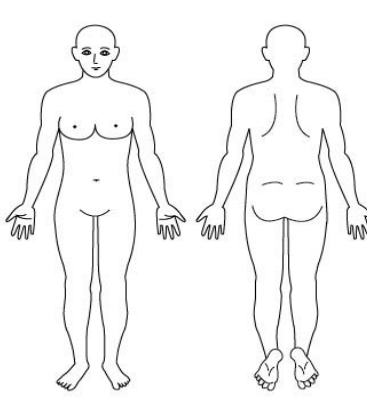
上記を参考に日程調整をさせていただきます。

※必ず確認して下さい

【同意の確認】

訪問診療・往診のシステムや料金について、
 本人・家族へ説明し、同意を得ました。

この紹介について、現主治医の同意があります。
 病院 科 医師名 :

<p>【ADL】 ※介護保険の主治医意見書(写)があれば添付して下さい</p> <p><input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> トイレまで <input type="checkbox"/> 歩行可</p> <p>食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>嚥下： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> むせあり</p> <p>排泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ</p> <p>(障害)寝たきり度 [自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2]</p> <p>(認知高齢)自立度 [自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M]</p> <p>その他()</p>	<p>【健康保険】 ※保険証の写しがあれば、記入不要です</p> <p><input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 割負担</p> <p><input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 (区分：)</p> <p>⇒ 多数該当 ・ 非該当 ※どちらかに○</p>															
<p>【医療処置】 <input type="checkbox"/> 医療処置なし</p> <p><input type="checkbox"/> 胃瘻・経鼻栄養 栄養内容： (種類・サイズ： 最終交換：)</p>	<p>【社会保障制度等】</p> <p><input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 (病名：)</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級 (障害名：)</p> <p><input type="checkbox"/> 重度(中度)心身障がい者医療費受給者証</p> <p><input type="checkbox"/> 特別障害者手当</p> <p><input type="checkbox"/> 生活保護</p> <p><input type="checkbox"/> その他：</p>															
<p><input type="checkbox"/> 尿道バルン (種類・サイズ： 最終交換：)</p>	<p>【介護度】要介護 【ケアマネ氏名】</p> <p>【居宅事業所名・TEL】</p>															
<p><input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位： 処置方法：)</p>	<p>【在宅サービス】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>種別</th> <th>事業所名</th> <th>利用曜日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問看護</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>訪問リハビリ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>訪問入浴</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>デイサービス</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	種別	事業所名	利用曜日	訪問看護			訪問リハビリ			訪問入浴			デイサービス		
種別	事業所名	利用曜日														
訪問看護																
訪問リハビリ																
訪問入浴																
デイサービス																
<p><input type="checkbox"/> 輸液 (方法： <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> ポート) (CV)</p> <p>輸液内容： ()</p>	<p>【経済状況】</p> <p><input type="checkbox"/> 年金のみ <input type="checkbox"/> 家族から援助あり</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>															
<p><input type="checkbox"/> 吸引行為 (回数：) (吸引器貸出し： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)</p>	<p>※もりおか往診ホームケアクリニック記入欄</p> <p>【面談日】 月 日 () 場所 _____</p> <p>同席者 (ST・CM) 30分前 TEL (要・不要)</p> <p>【退院日】 月 日 () (AM・PM)</p> <p>【初回往診】 月 日 ()</p> <p>同席者 (ST・CM) 30分前 TEL (要・不要)</p>															
<p><input type="checkbox"/> 在宅酸素 (L/分) 業者：</p>	<p>【記入しきれなかったことがありましたら、この欄にご記入下さい】</p>															
<p><input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 血糖値測定</p>																
<p>【身体図(褥瘡・麻痺・拘縮・胃瘻・経管・ストマ等)】</p> 																

※不明な点がございましたら、医療法人葵会 もりおか往診ホームケアクリニック (〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡3丁目20-3 TEL: 019-614-0133 FAX: 019-614-0134) までお問い合わせ下さい。

院長 木村 幸博