

訪問診療紹介シート

依頼日 年 月 日

依頼元情報 施設・病院名：
 所属：
 担当者：
 連絡先：TEL
 FAX

【基本情報】

患者情報	カナ 氏名 (男・女)	生年月日：T・S・H 年 月 日
	住所(訪問希望先): 連絡先:	
キーパーソン	カナ 氏名: 続柄: 同居・別居 住所: 上記に同じ・上記以外() 連絡先:	
介護認定	未申請・申請中・認定調査済み(調査日)・自立・支1・支2・介1・2・3・4・5	
家族構成	独居・同居者あり()	
ケアマネージャー	事業所: 担当者: TEL: FAX:	
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問看護・リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 事業所:	
療養上の不安等		
医療や療養生活に対する希望		
今後の予定	退院日・最終外来受診日: 当院介入希望日(○/○以降等)	
医療行為	<input type="checkbox"/> 経管栄養(□胃瘻 □経鼻胃管)・栄養剤の内容()	
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(□カテーテル □ポート) 点滴内容()	
	<input type="checkbox"/> 点滴:末梢・皮下(内容:)	
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素(L) □麻薬点滴・静注・皮下(内容:)	
	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル(Fr) □膀胱瘻(Fr) □人工肛門	
	<input type="checkbox"/> ドレナージチューブ(部位:) □褥瘡処置(部位:)	
	使用物品の型番等:	

末期がんでターミナルケアを要する場合

療養の方針	<input type="checkbox"/> 最期まで自宅で <input type="checkbox"/> 何かあったら入院 <input type="checkbox"/> 医師等と相談の上で決定
	※緩和ケア病棟面談予定 あり・なし・済