

訪問診療ありよし脳神経内科・嚥下クリニック 新規訪問診療申込書

TEL : 011-374-6708/FAX : 011-374-6728

■基本情報

※当院使用欄 ID :

申込者氏名			
本人との関係			
ふりがな		性別	退院/入居予定日
患者様氏名		男・女	月 日
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		初回往診希望日
訪問先住所 (自宅/施設)	〒 電話 : FAX :		月 日
ふりがな			続柄
キーパーソン 氏名	患者様と (同居・別居)		
キーパーソン 住所	〒		
キーパーソン 連絡先	①自宅(- -)②携帯(- -) ③緊急時連絡先(- -)		

■医療情報

紹介元医療機関	
前医での診断名	
現在の病状	☐ 安定 ☐ 不安定
現在受けている 医療行為	☐ 在宅酸素 (使用業者 :) ☐ 褥瘡処置 ☐ 中心静脈栄養 (使用薬剤名 :) (ポート針サイズ : mm) ☐ 胃瘻 (□バンパータイプ □バルーンタイプ サイズ Fr・シャフト長 mm) 最終交換日 (/) 今後訪問診療にて胃瘻交換希望する はい・いいえ ☐ 気管切開 (使用カニューレ名 :) 最終交換日 (/) ☐ 人工呼吸器 (使用業者 :) ☐ CPAP (使用業者 :) ☐ ストマ管理 ☐ サクション ☐ 膀胱留置カテーテル (サイズ : Fr) 最終交換日 (/) ☐ インスリン注射 (血糖測定あり→ 回/日) ☐ その他 ()
医療保険	【主保険】国保・社保・後期高齢【限度額認定】あり・なし 【公費】指定難病 (□申請中)・重度心身障害・生保 (区・担当CW) 保険証の住所変更予定→あり・なし

■介護情報

介護保険	要支援 (□1 □2) 要介護 (□1 □2 □3 □4 □5) □区変中 □申請中
担当ケアマネー ジャー	事業所名 担当者名 事業所電話 (- -) FAX (- -) 担当者携帯電話 (- -)
ADL	移動 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ 寝たきり 障害高齢者の日常生活自立度 (□J1□J2□A1□A2□B1□B2□C1□C2) 認知症高齢者の日常生活自立度 (□I □II a□II b□III a□III b□IV□M)

■確認事項

利用訪問看護ST	指定調剤薬局
電話 (- -) FAX (- -)	残薬 : 月 日まで
準備書類	☐ 診療情報提供書 ☐ 薬情 ☐ フェイスシート ☐ 看護サマリー ☐ 画像CD-R(指定難病のみ) ☐ 臨床調査個人票 (最新のものの控え) ☐ 保険証類一式 ☐ 訪問看護指示書 (前医のもの)