

在宅医療相談申込書

記載日: 年 月 日

依頼者: (TEL:)

フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日: 年 月 日()歳
住所			電話:
家族	氏名: (続柄:) 住所: 電話:	家族図	
	氏名: (続柄:) 住所: 電話:		
疾病状況 本人告知 (無・有)	病名/病状		
	認知症	(無・有) 会話(可能・困難)	
	麻痺	(無・有) 部位:	
処置	点滴() 経管栄養/胃瘻 血糖測定/インシュリン 膀胱留置カテ(Fr) 在宅酸素(L/メーカー:) 褥瘡処置 気管切開/人工呼吸器 その他()		
最近の 受診状況	現在の入院: 病院 科(期間:) 退院(予定)日()		
	過去1年以内の入院歴(なし/あり) → ()病院 退院日(年 月 日)		
	外来: 診療所/病院 / 外来: 診療所/病院 科		
	現在のかかりつけ医(なし/あり) () ・ 医療機関利用全くなし		
	現在のかかりつけ薬局(なし/あり) ()		
ADL	歩行 自立 見守り 半介助 不可 / 道具(杖 車椅子 歩行器)		
	食事 経口 経管 / 介助(要・不要) 嚥下(問題なし 問題あり)		
	排泄 自立 見守り 半介助 全介助		
	内服管理 本人 家族 カレンダー		
介護 サービス	介護度 未申請 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)		
	ケアマネ 氏名: 事業所名: 電話:		
	デイサービス: ショートステイ: 訪問看護:		
	リハビリ: 訪問介護: その他:		
備考			