

訪問診療 依頼書

依頼日：令和 年 月 日

【送付先】

くまがい内科 内視鏡・糖尿病クリニック
名古屋市名東区 院長：熊谷 成将 先生
TEL：（電話番号） FAX：〇〇〇

■ 依頼元情報					
医療機関名・施設名				担当者	
担当医師名		電話番号		FAX 番号	
メールアドレス (担当者への返信先・任意)					
在宅移行 予定日		令和 年 月 日 頃	依頼種別	☐ 退院後在宅移行 ☐ 施設入居中 ☐ 在宅継続中 ☐ その他 ()	
■ 患者基本情報					
患者氏名		(ふりがな:)	生年月日	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日 (歳)	
住所					
電話番号		性別	☐ 男 ☐ 女	居住形態	☐ 自宅 ☐ 有料老人ホーム ☐ グループホーム ☐ その他
医療保険		☐ 社保 ☐ 国保 ☐ 後期高齢者 ☐ 生保 負担割合: (割)		公費	☐ なし ☐ あり ()
介護保険 ☐ なし ☐ あり → 要介護 (☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5) 要支援 (☐ 1 ☐ 2)					
■ 家族・キーパーソン					
キーパーソン		氏名:	続柄	電話番号	
同居状況		☐ 独居 ☐ 家族同居 (続柄:) ☐ 施設入居 ☐ その他 ()			
備考		(日中の在宅状況、キーマン不在時の対応など)			
■ 医療情報					
主病名		① ② ③			
既往歴					
アレルギー		☐ なし ☐ あり ()		感染症	☐ なし ☐ MRSA ☐ HBV ☐ HCV ☐ その他 ()
医療処置 (在宅継続)		☐ 褥瘡処置 ☐ 経管栄養 (胃瘻 ☐ 経鼻) ☐ 吸引 ☐ 在宅酸素 ☐ インスリン注射 ☐ 尿道カテーテル ☐ その他 ()			
■ ADL・生活状況					
移動	☐ 独歩	☐ 杖歩行	☐ 歩行器	☐ 車椅子	☐ 寝たきり
食事	☐ 経口 (自立)	☐ 経口 (介助)	☐ 経管栄養 (胃瘻)	☐ 経管栄養 (経鼻)	☐ 中心静脈栄養
排泄	☐ 自立	☐ ポータブルトイレ	☐ オムツ	☐ 尿道カテーテル	☐ ストーマ
入浴	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 清拭のみ	☐ 入浴不可
意思疎通	☐ 良好	☐ 一部可能	☐ 困難	☐ 不可 (意識障害等)	☐
認知症	☐ なし	☐ 軽度	☐ 中度	☐ 重度	☐ 未評価
■ 現在利用中の在宅サービス					
訪問看護		☐ なし ☐ あり (事業所:)		ケアマネ	☐ なし ☐ あり (氏名:)
訪問介護 デイ等		☐ なし ☐ あり ()		調剤薬局	☐ なし ☐ あり ()
■ 依頼内容・ご希望					
訪問診療 の目的		☐ 慢性疾患管理 ☐ 退院後の管理継続 ☐ 在宅での看取り ☐ 処置管理 (褥瘡・カテーテル等) ☐ その他 ()			
訪問頻度 の希望		☐ 月 1 回 ☐ 月 2 回 ☐ 週 1 回 ☐ 相談して決めた	急変時 救急搬送	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 未定・相談したい	
終末期の 意向		☐ 在宅看取り希望 ☐ 入院での看取り希望 ☐ 未定・相談したい ☐ DNAR あり ☐ ACP 記録あり			
その他 特記事項					

※ 診療情報提供書・お薬手帳コピー・検査データ等があれば一緒にご送付ください。