**ほりうち在宅クリニック　行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼日 令和　　　　年　　　　月　　　日**

FAX 03-6657-0746　訪問診療依頼票

TEL 03-6657-0745　　　　 お手数ですが分かる範囲で依頼票のご記入願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フ リ ガナ |  | 家族構成 |
| 患者氏名 | 男 ・ 女 |  **キーパーソン :****続柄 :****緊急連絡先 ：** |
|
| 生年月日 | M ・ T ・ S 　　　年　　　月　　　日（　 　 　　才） |
| ご住所 | 〒 |
|
| ご連絡先 |  |
| 保険情報 | 国・ 後高・ 他保険・ 身障・ 生保・ 他（　　　　　） |
| 介護度 | 申請中 ・ 要支援1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5 |
| 既往歴（病名） |  |
|
|
| ADL状況など |
| 移動 | 自立　・　一部介助　・ 全介助 | 視力障害 | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 車いす ・ 寝たきり ・ 他（　　 　　　　　） | 聴力障害 | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食事 | 自立　・　一部介助　・ 全介助 | 言語障害 | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 常食 ・ 粥 ・ 流動食 ・ 摂取量　　割 | 短期記憶 | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 排泄 | 自立　・　一部介助　・ 全介助 | 問題行動 | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ﾄｲﾚ ・ Pﾄｲ ﾚ・ おむつ ・ 他（　　　　　　　） | 褥瘡 | 無　・　有（部位　　　　　　　　　　　　　） |
| 入浴 | 自立　・　一部介助 ・ 全介助 | 内服薬 |
| 自宅 ・ デイ ・ 訪問 | **アレルギー**：無・有（　　　　　　　　　　） |
| 更衣 | 自立　・　一部介助　・ 全介助 |
| 睡眠 | 良好 ・ 可 ・　不眠 ・ 眠剤使用 |
| 内服管理 | 自立　・　一部介助　・ 全介助 |
| 現在までの経過 |
|  |
| **紹介者：****住所：** | **TEL:** |
| **FAX:** |