**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:** | |