

訪問診療申込書

記載日 年 月 日

情報提供先

申込者（事業所・氏名）

※ソーシャルワーカー・ケアマネジャー・その他（

連絡先 TEL :

1. 基本情報

ふりがな 氏名 (男・女)	生年月日 年 月 日 (歳)
住所 古河市	訪問時駐車スペース <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
電話	[場所 ⇒]
家族構成 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯 主介護者： 年齢 歳 続柄 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	現在の療養状況 <input type="checkbox"/> 在宅療養中 <input type="checkbox"/> 入院中（医療機関名） ※退院予定日（ 月 日予定） <input type="checkbox"/> 施設入所中（施設名） <input type="checkbox"/> その他（)
要介護度	①デイサービス、デイケア ②ショートステイ ③ヘルパー ④訪問看護 ⑤訪問リハビリ ⑥訪問入浴介護 ⑦その他 ()
現在利用中のサービスについて、サービス番号を表にご記入ください。	
	月 火 水 木 金 土 日
AM	
PM	
夜間	

2. 診断名・現在の状況

《1》診断名
《2》本人状況（現状、経過、治療内容、予後、告知の有無 等）
《3》医療処置 ※チェックしてください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経腸栄養療法（ ①経鼻 ②胃ろう ③腸ろう ④その他 ） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル管理 <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> その他 ()

3. 訪問診療導入のきっかけ・望むこと

《1》お困りの内容
《2》本人・家族の訪問診療に望むこと ※チェックしてください。（複数回答可） <input type="checkbox"/> 定期的な診療 <input type="checkbox"/> 急変時の対応 <input type="checkbox"/> 在宅での看取り <input type="checkbox"/> その他 ()

※主治医が記載する場合は、通常の診療情報提供書に添付（上記の情報を付記しても可）してください。