

訪問診療依頼書

浦添市在宅医療ネットワーク (TEL:098-894-2698/FAX:098-874-2362)

平成 年 月 日

依頼者	
(医師・看護師・ケアマネージャー・家族・その他) ○で囲んで下さい。	
ご連絡先	TEL:

1. 基本情報

患者氏名					
住所					
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	生
年齢	性別	男・女	要介護度	非該当・未申請・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
家族構成	①独居 : 主介護者 (本人との関係) →				
※簡単で結構です。	②同居 : 主介護者 (本人との関係) →				
	家族構成→				
現在の療養状況	1. 在宅療養中	2. 入院中 (医療機関名:) 退院予定日 (月 日 予定)			
	3. 施設入所中 (施設名称:)	4. その他 ()			

2. 診断名・現在の状況

1) 診断名・既往歴
2) 患者状況 (現状・経過・治療内容・予後・告知の有無等)
3) 医療処置 チェックして下さい <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"/> 尿道カテーテル管理 <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし