

# 新規依頼受付票

依頼日： 年 月 日

ご依頼者様：所属

氏名

TEL

フリガナ									
氏名	様	男・女	生年月日	M・T S・H	年	月	日	(	歳)
訪問先住所				電話番号	固定 携帯				
病名			キーパーソン	氏名 続柄 ( ) 同居・別居					
				住所					
			ほか協力者	連絡先TEL					
依頼状況				医療処置・管理	点滴・気管切開（気管カニューレ）・吸引				
					カテーテル(尿道・膀胱瘻) 胃瘻・腸瘻				
					ストーマ（人工肛門・人工膀胱）・褥瘡				
					在宅腹膜灌流・血液透析・在宅酸素				
					中心静脈栄養・経管栄養（成分栄養・その他）				
					自己導尿・人工呼吸・持続陽圧呼吸法				
					悪性腫瘍・肺高血圧・自己疼痛管理				
身体状況	麻痺	なし・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢		入浴	自立・一部介助・全面介助				
	移動	自立・一部介助・全面介助		整容	自立・一部介助・全面介助				
	排泄	自立・一部介助・全面介助		障害	視力( ) 聴力( )				
	更衣	自立・一部介助・全面介助		寝たきり度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
	食事	自立・一部介助・全面介助		認知症老人の日常生活自立度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 該当なし				
	嚥下障害	問題なし・見守り必要・摂食禁止							
保険情報	保険の種類	社保・国保・生保（管轄： ）・その他（ ）・限度額適用認定証（有・無）							
	公費	高齢者受給者証（2割・3割）・後期高齢者受給者証（1割・2割・3割）							
	手帳	特定疾患医療受給者証 ・ 重度心身障害者医療受給者証 自立支援受給者証 ・ その他公費（ ）							
	介護保険	介護認定： 有 ・ 無 申請中： (申請日 / )			介護保険 負担割合証	1割・2割 3割	介護度 要支援( ) 要介護( )		
関係機関	ケアマネ (有・未定)	事業所		担当者	様				
		住所		TEL					
	訪問看護 (含リハビリ)	事業所		担当者	様				
		住所		TEL					
その他 サービス利用 (利用曜日)	デイサービス ・ 訪問介護 ・ 訪問入浴 ・ その他( )								
備考	訪問診療導入への本人の了解：(有・無) 残薬 月 日 まで								
	過去1年以内の入院歴：(有・無) 【退院日】 年 月 日								