

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			男・女	生年月日	M・T S・H	年	月	日 (歳)
氏 名	様							
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				
				連絡先 TEL				
			ほか協力者					
依 頼 状 況				医 療 処 置 ・ 管 理	点滴・中心静脈栄養・気管切開(気管カニューレ)・吸引 カテーテル(尿道・膀胱瘻)・自己導尿・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・インスリン・血糖測定 胃瘻・腸瘻・経鼻経管栄養(成分栄養・その他) 在宅酸素・人工呼吸・持続陽圧呼吸法・肺高血圧 悪性腫瘍・自己疼痛管理・その他()			
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) 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)					
	公 費		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()					
	手 帳		障害者手帳(種類 等級)・障害者福祉サービス(区分)					
	介護保険		介護認定: 有・無 申請中: (申請日 /)		介護保険 負担割合	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			
					FAX			
	訪問看護 (含リハビリ)	事業所			担当者	様		
		住 所			TEL			
					FAX			
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							

みんなのライフサポートクリニック茂原

TEL 0475-44-6607

千葉県茂原市高師703番15ピットイン茂原ビル1階

FAX 0475-44-6608