

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			
氏名	様				S・H	年 月 日 (歳)		
訪問先住所				電話番号	固定			
					携帯			
同居家族協力者			キーパーソン	氏名		続柄()		
				連絡先TEL				
病名				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 その他（ ）			
身体状況	麻痺	なし、左上肢、右上肢、左下肢、右下肢		排泄	自立、トイレ介助、ポータブル、オムツ			
	起居	自立、一部介助、座位可、起居不能		清潔	入浴、シャワー、清拭			
	移動	自立、杖、歩行器、介助、車椅子、全介助		意思伝達	可、時々可、不可			
	食事	自立、一部介助、全介助		意志決定	自立、見守り必要、不可			
	嚥下障害	問題なし、見守り必要、摂食禁止		障害	視力（ ）聴力（ ）			
	睡眠	良好、不眠、眠剤服用		問題行動	無・有（ ）			
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・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(申請月日 /)			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			
			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							