

ぶどうの樹在宅診療所 訪問診療依頼書

電話 044-742-8190 FAX 044-742-8192

依頼日 年 月 日

事業所・病院名			依頼者様氏名		
電話番号	お電話対応可能な日時のご希望(○をしてください)				
	[月・火・水・木・金] 午前・午後・(: ~ :)				
患者氏名					
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	歳
	男性 / 女性				
訪問先住所	神奈川県 市 区				
	キーパーソン:	電話【 - - 】			
現在の状況	在宅 ・ 入院中 ・ 施設入所中 ・ 施設入所予定 ・ その他()				
主病名					
既往歴 (該当の病気に○、 もしくは直接記入)	高血圧・認知症・心疾患 () ・ 肺疾患 ()				
訪問診療依頼 となった経緯 ・ 現在の状況					
かかりつけ 医療機関	無 ・ 有 【医療機関名: 】				
	☆かかりつけが有る場合: 継続通院あり ・ 継続通院なし ・ 未定				
体の状況	必要な医療処置	褥瘡処置 ・ 尿道バルーン交換 ・ 在宅酸素 ・ 気管切開後の管理・胃ろう CVポート ・ その他【 】			
	ADL (自立度)	自立 ・ 移動見守り ・ 全介助 詳細:			
	食事内容	常食・全粥食・きざみ食・その他() とろみ剤使用【あり・なし】			
	認知力				
	排泄	自立 ・ ポータブルトイレ ・ おむつ			

