

# 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				

