

依頼者: _____ 担当CM: _____

連絡先: _____

患者様氏名 _____

ふりがな: _____

患者様氏名: _____ 様 生年月日: _____ 年齢: _____ 性別: _____

住所: _____ 電話: _____

KP氏名: _____ 続柄: _____ 電話: _____

傷病名: _____ (がん告知) 本人: _____ 家族: _____
_____ (末期告知) 本人: _____ 家族: _____

最終退院日: _____ 退院時処方: _____ 週間分 _____

往診依頼内容: 通院困難 認知症 看取り 緩和ケア
 その他(内容: _____)

医療処置: バルン ストマ 胃ろう・腸ろう・経鼻胃管 CVポート 褥瘡処置 人工呼吸
 HOT インスリン 腎ろう・膀胱ろう PTCDチューブ 吸引 麻薬 その他
事業所名 _____ 担当者名 _____

ケアマネジャー: _____ 新規依頼 未定

ヘルパー: _____ 回/週 (時間: _____) 新規依頼 未定
訪問看護ステーション名 _____

訪問看護: _____ 新規依頼 未定
_____ 回/週 (時間: _____)

処置内容: _____

デイサービス: _____ 月 火 水 木 金 土 _____ ショートステイ: _____

介護保険: 要支援 _____ 要介護 _____ 未申請 申請中(/) 更新区分変更中
負担割合 _____ 割

公費負担: 身障 _____ 級(_____) 特定疾患(_____)
 生活保護(担当者) (_____) その他 _____

医療保険: _____ 負担割合 _____ 割
その他 特記事項 _____

留意点: 独居 日中独居 老老介護 認知症有 経済問題
 その他 _____

緊急時の対応: 入院希望: _____ 受入先病院 _____
DNR確認: _____ 緊急時受入れ _____

特記事項: _____

・ 確認後、当クリニック相談員より依頼者様へ連絡いたします。

初回訪問日 _____ 年 _____ 月 _____ 日