尾北医師会地域ケア協力センター　行

FAX：0587-95-7028

尾北医師会　訪問診療医紹介システム　依頼書

依頼日：令和　　　　年　　　月　　　日

医療機関・事業所名：

依頼者氏名：　　　　　　　　　　　　　様　　　（医師・看護師・CM・MSW・その他　　　　　　　　　）

TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

患者氏名（イニシャルのみ）　　 　　・　　 　　　様　（ 男 ・ 女 ）　　　　　　 　　　　　歳

世帯状況：　独居・夫婦世帯・同居世帯　　　主介護者：配偶者・子ども・その他

住所：　　　　　 　市・町　　　　　　　　 町　【記載例：大口　市・　下小口　　　~~町~~】

駐車スペース　□自宅に有　□付近に有　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

主病名　①　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ②

　③　　　　　　　　　　　　　　　　　 ④

受診歴：

ADL　 　□寝たきり度 （ J ・ A ・ B ・ C ）

□認知症の状況 （ 無 ・ Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ M ）

介護度　□要支援 （ １ ・ ２ ）　　□要介護 （ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ）　 □未申請

ケアマネジャー事業所名

訪問看護ステーション利用　□有　　□無　事業所名

**【在宅医療処置】　※当てはまる項目に☑を入れてください**

|  |  |
| --- | --- |
| **□在宅ターミナルケア・看取り希望**  | **□がん性疼痛管理（麻薬処方）** |
| **□注射 （□点滴　□中心静脈栄養）**  | **□経管栄養 （□経鼻　□胃ろう）** |
| **□輸液ポンプ**  | **□気管カニューレ** | **□人工呼吸器** |
| **□吸引** | **□在宅酸素** | **□尿道カテーテル** |
| **□腎ろう** | **□尿路ストーマ** | **□人工肛門** |
| **□膀胱ろう** | **□CVポート** | **□腹膜透析** |
| **□褥瘡処置（　　　　　　　　　）** | **□その他（　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　）** |

**【特記事項】　※訪問診療の実施が困難な曜日がある場合は、特記欄にご記載ください**

|  |
| --- |
|  |

登録医の先生方へ

訪問診療担当医決定後、本書類は医院において破棄してくださるようお願いします

問い合わせ先

尾北医師会地域ケア協力センター

TEL：0587-95-7027