

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下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