

セツルメント診療所 訪問診療 申込書

問い合わせ受付日 年 月 日

受付者

申込者	
連絡先	

ふりがな				明治・大正・昭和・平成
氏名				年 月 日生(歳)
訪問先 現住所	自宅 TEL : ()			
家族構成	(★同居・日中独居・独居) 主介護者: 続柄() 住所: 連絡先: (直電可・不可)			男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="radio"/> 本人 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> 死亡 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> (KP)
かかりつけ医	【病院名】 _____ 科【主治医】 _____ _____ 科【主治医】 _____ / かかりつけなし _____ 科【主治医】 _____ ★今後、継続して現在の病院に通院または訪問診療の予定はありますか？(継続・一部継続・完全移行)			
傷病名	#1 _____	#6 _____	#2 _____	#7 _____
	#3 _____	#8 _____	#4 _____	#9 _____
	#5 _____	#10 _____		
保険証種類	国保 / 社保 / 後期高齢 / 生保 / 難病 / 障害 / 公害 / 精神 / その他			
介護保険証	要介護度	未申請 / 申請中 / 自立	被保険者番号	年月日～年月日
		要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5	有効期限	(年 月 日 認定)
関係機関	居宅介護支援事業所： ケアマネージャー： _____ 連絡先： ()			
	訪問看護ステーション： _____ (担当: _____) 連絡先： ()			
	福祉事務所： _____ (担当: _____ 係 / _____) 連絡先： ()			
	保健所： _____ (担当: _____) 連絡先： ()			
	その他： _____ (担当: _____) 連絡先： ()			
利用サービス状況	訪問介護 (曜日: _____ 時間: _____) ショートステイ (月に _____ 日程度) (曜日: _____ 時間: _____) 福祉用具 (あり・なし) 訪問看護 (曜日: _____ 時間: _____) 訪問リハビリ (曜日: _____ 時間: _____) (曜日: _____ 時間: _____) (曜日: _____ 時間: _____) 通所介護 (曜日: _____ 時間: _____) 訪問入浴 (曜日: _____ 時間: _____) (曜日: _____ 時間: _____) (曜日: _____ 時間: _____) その他 (_____)			
質問事項	★いつから訪問診療を希望しますか？(すぐにでも・今月中・来月から・それ以降【 月頃～】) ★初回面談希望日 or 曜日・時間(いつでも可・指定あり→ _____) ★初回面談時、来院可能者【可能な方すべてにマルを】(本人・家族・ケアマネ・その他[_____]) ★今回、訪問診療を申し込まれた理由を簡潔に記載をお願いします。(分かる範囲で) (_____)			

基本生活情報

装置・使用 医療機器 医療処置 等 医療について *わかる範囲で 構いません	1・透析 (回/週) 医療機関名: _____ 2・酸素療法【鼻カヌラ/マスク】(_____ ℓ/min.) 3・吸引器 _____ 4・吸入器 _____ 5・ドレーン【部位: _____】【種類: _____】 6・気管カニューレ【サイズ: _____】【種類: _____】【メーカー名: _____】(_____ 週に1回交換) 7・人工呼吸器【種類: _____】【メーカー名: _____】【設定: _____】 装着時間【24時間 / _____ 時 ~ _____ 時】 8・留置カテーテル【サイズ: _____ Fr】【種類: _____】【メーカー名: _____】(_____ 週に1回交換) 9・人工肛門【パウチ種類: _____】 10・人工膀胱【パウチ種類: _____】 11・IVH【ポンプ種類: _____】【挿入年月日: _____ 年 月 日】 挿入部位【ポート/頸部/鎖骨下部/ソケイ部】 12・経管栄養【経鼻/胃ろう】【種類: _____】【サイズ: _____】(_____ 週に1回交換) 【栄養内容: _____】【造設日: _____ 年 月 日】 13・インスリン注射【あり・なし】【種類: _____】【使用単位: _____】【実施者:本人/その他】 14・ペースメーカー【種類: _____】【設定: _____】 【造設医療機関: _____】【造設日: _____ 年 月 日】 15・褥瘡【あり・なし】【部位: _____】 16・その他【 _____ 】
移動	歩行【自立・杖・歩行器・シルバーカー・手引き・歩行不可(車いす/寝たきり)】 起き上がり【可・つかまれば可・不可】 立ち上がり【可・つかまれば可・不可】 座位【可・背もたれあれば可・不可】 車いす【不要・自力移乗・一部介助移乗・全介助移乗・車いすに座れない】 日中の過ごし方【いす・車いす・ベッド上(寝たり 起きたり/寝たきり)】 障害の程度 麻痺【右 上肢・下肢 左 上肢・下肢】・麻痺なし 拘縮【右 上肢・下肢 左 上肢・下肢】・拘縮なし
排泄	トイレ(自立・要介助)・ポータブル(昼・夜)・尿器(昼・夜)・リハビリパンツ・オムツ
食事	経口(自立・一部介助・全介助)・経口不可
むせこみ	なし・まれにあり・時々あり・頻繁
調理	本人・家族・ヘルパー・その他
内服管理・確認	本人・家族・ヘルパー・看護師・薬剤師・その他
行動	意思の伝達【できる・時々できる・ほとんどできない・全くできない】 認知 【あり・なし】 物忘れ【あり・なし】 昼夜逆転【あり・なし】 徘徊【あり・なし】 難聴【なし・あり(聞えにくい・ほとんど聞えない・全く聞えない) / 筆談 要・不要】
その他 (注意事項等)	

- ★ 記載ありがとうございました。確認後、担当者よりご連絡させていただきます。
- ★ 前医情報提供書があれば、用意または依頼をお願いします。【情報提供書 あり・なし】
 *お手元にすでにお持ちであれば、事前に頂けると助かります(FAX可)
- ★ 前医主治医意見書のコピーをお持ちでしたら、用意をお願いします。【主治医意見書コピー あり・なし】

医療法人財団ひこぼえ会 セツルメント診療所
 〒120-0003
 東京都 足立区 東和 4-20-7
 TEL : 03(3605)7747 FAX : 03(3605)0244

初回面談医	
-------	--