訪問診療相談シート

広島ハートクリニック安佐南
FAX　082 - 850 - 0510

正確な情報を把握するため、ご相談またはお申込の際はわかる範囲で下記へのご記入にご協力お願いします。

（診療情報提供書やサマリー等を提出いただく場合、それらに記載されている項目については空欄で結構です）

●患者ご本人の情報　　令和　　年　　月　　日

フリガナ		年齢	性別	介護認定	介護度
お名前		歳	男・女	有・無・申請中	支・介（1・2・3・4・5）
生年月日	年　月　日				
住所	〒　-			電話番号	
					（携帯）

●依頼者

お名前			依頼経緯	□【ケアマネ・訪看・主治医】の勧め
				□【本人・家族】の希望
TEL		（携帯）		□【その他（　　）

●ケアマネージャー（利用中の場合のみ記入）

事業所	
お名前	
TEL	

●訪問看護（利用中の場合のみ記入）

利用状況	□利用中（下記に記載下さい）　□利用していない
事業所	
TEL	

●通院中また入院中の医療機関

医療機関名	（　　科　　先生）
退院予定日（入院中の場合）　月　日　（　）	未定の場合（　　頃）

【病名】

【経緯・状況】

【家族構成・キーパーソン】

続柄：　名前：　TEL：

同居　（　有　・　無　）

子供　（　有　・　無　）　名前：

【ご本人・ご家族の要望】

【問題点・前段階準備】

※チェックを入れてください

□　介護力
□　理解力
□　内服管理
□　リハビリ希望（　有　・　無　）
□　栄養【胃ろう・ＴＰＮ】
□　気道管理【吸引・気管切開】
□　在宅酸素
□　排泄【オムツ・尿カテ・ポータブル】
□　皮膚・褥瘡
□　その他

【診療情報提供書】　有　・　無　（有の場合は本シート提出の際に添付をお願いします。）

●その他、連絡事項等ありましたらご記入下さい。