

訪問看護サービス依頼書・受付票

平成 年 月 日

ご依頼者氏名： 御社名： 電話番号： FAX番号：	⇒	医療法人財団健和会 訪問看護ステーション 宛 電話： FAX： 受付者：
------------------------------------	---	--

当訪問看護ステーションの訪問看護サービスを希望される場合は、太枠内をご記入いただき、FAXで送信して下さい。なお、個人情報保護のためお名前、住所は一部分のみの記載でかまいません。

利用者概要	氏名	様 男性・女性		
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 (歳)
	住所	〒		
	電話			
	医療機関名		居宅介護支援事業所	
	主治医	ケアマネジャー		
	医療機関連絡先		連絡先	
	病状・病名			
	要介護区分	申請中・区変中・要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		
訪問看護依頼内容		希望訪問頻度・曜日・時間		
		緊急時訪問看護加算	有	無
		特別管理加算	有	無
		内容 ()		

お申し込みありがとうございました。近日中に責任者よりご連絡いたします。
 *ご希望の曜日・時間に添えない場合もございます。後日相談の上決めさせていただきますことをご了承下さい。

訪問看護ステーション使用欄	相談内容	
	<input type="checkbox"/> 保留 (連絡待ち・その他) <input type="checkbox"/> サービス開始予定 月 日 時頃初回訪問 <input type="checkbox"/> 他機関へ紹介 <input type="checkbox"/> 相談対応のみで終了 <input type="checkbox"/> 対応困難(理由:人員不足・対象地域外・該当しない・他)	所長確認

受付番号 No. _____

訪問看護申込書

三郷市谷口544番地
市保健センター分室内
社団法人 三郷市医師会立
訪問看護ステーション
TEL 048-949-5511
FAX 048-949-5512

申込日 平成 年 月 日

事業所名

申込者 氏名

訪問看護を利用したいので、下記の通り申しこみます。

利用者名	性別 (男・女)
生年月日 (M・T・S)	年 月 日 生まれ (歳)
住 所	
電 話 ()	介護度
紹介者	
かかりつけの医療機関	
主治医	
訪問看護のご希望内容	家族構成
緊急連絡先	
氏 名	続 柄
	電 話 ()

訪問看護 利用申込書<ケアマネジャー様用>

TEL 048-951-2103
FAX 048-951-2768

ユアーズ訪問看護リハビリステーション三郷 行

申込日 年 月 日

ケアマネ様	担当介護支援相談員								事業所名						
	フリガナ														
	氏名														
事業所番号								電話番号				FAX番号			

ご利用者情報	フリガナ								性別		生年月日				年齢	
	氏名								<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日				歳	
	住所								連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設		電話番号					
	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中								年 月 日				<input type="checkbox"/> 認定済 年 月 日			
	保険者の名称		被保険者番号													
	要介護状態区分等		要支援		要介護					交付年月日		年 月 日				
	1		2		1	2	3	4	5							
認定の有効期間								年 月 日から				年 月 日まで				
緊急連絡先	ご家族		続柄		フリガナ				性別		電話番号					
					氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
	主治医		医療機関名称						主治医		電話番号					

サービスの内容	<input type="checkbox"/> 健康相談（病状観察、血圧測定など） <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 日常生活の看護（清潔の世話、その他） <input type="checkbox"/> 認知症の看護 <input type="checkbox"/> 医師の指示による医療処置（カテーテルの交換など） <input type="checkbox"/> 家屋改善の相談 <input type="checkbox"/> 介護相談 <input type="checkbox"/> その他									
	希望曜日									
	午前	午後	月	火	水	木	金	土	日	

家族構成図			健康状態（麻痺等）			通院状況		
同居家族は○で囲む			病歴等			服用薬情報		
						水分の補給について		
			利用申込みに至る経緯、ご家族の習慣的・個別的な介護方法					

記入例

入院時情報連携シート

平成〇年〇月〇日

入院先医療機関：●●病院

担当者：総合相談センター △△様

情報提供元事業所：介護相談センター〇〇

ケアマネジャー：〇〇〇〇

電話番号：66-6666

入院した利用者	××××様 (男・女) 明・大・昭 15年1月1日生 83歳
住所	弥富市前ヶ須町南本田1234
入院日	平成21年4月1日
家族状況	長男家族と同居。日中独居になる。 主介護者：××▲▲ (続柄 嫁) キーパーソン：同左(続柄)

入院前の状況	
疾病の状況	主治医 □□医院□□先生
	既往歴 脳出血(H15) 高血圧
	服薬状況 自立・一部介助・介助・その他()
	その他受診医 海南眼科-白内障 1回/月 海南整形-変形性膝関節症 1回/2ヶ月
	認知症 <input checked="" type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> ない 入院時等せん妄歴 <input checked="" type="checkbox"/> ある()・ <input type="checkbox"/> ない 特記：物忘れがあります。被害妄想があります。
	床ずれ <input checked="" type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> ない 寝具 布団・ベッド・特殊マット()
ADL	移動 方法： <input checked="" type="checkbox"/> 自立・一部介助・全介助・その他() 手段：見守り・手引き・ <input checked="" type="checkbox"/> 杖・ <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカー・車椅子 特記：
	食事 方法： <input checked="" type="checkbox"/> 自立・一部介助・全介助・その他() 種類：ペースト・刻み・ <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜・トロミ・普通・経管栄養 特記：
	排泄 方法： <input checked="" type="checkbox"/> 自立・一部介助・全介助・その他() 場所： <input checked="" type="checkbox"/> トイレ・ポータブルトイレ 使用物品と頻度：オムツ・ <input checked="" type="checkbox"/> 紙パンツ・パット (<input checked="" type="checkbox"/> 夜・ <input type="checkbox"/> 昼・ <input type="checkbox"/> 終日) 特記：
要介護認定	支援1・支援2・介護1・ <input checked="" type="checkbox"/> 介護2・介護3・介護4・介護5 有効期限●年●月●日迄
介護サービス利用状況	日曜日 月曜日 ヘルパー 配食
	火曜日 デイサービス
在宅復帰に関するケアマネジャーの所感	水曜日 デイサービス
	木曜日 ヘルパー 配食
備考	金曜日 訪問看護 配食
	土曜日
車イス、ベット、ショートステイ2泊3日/月	
とても熱心に支えているご家族です。本人も自宅生活を望んでいます。 しかし、日中独居のため、医療処置が必要な状態になったり、排泄介助が必要な状態になったりすると在宅生活が困難になると考えます。	

退院調整の時期には連絡を下さると幸いです。本人の様子を確認のうえ、退院後の介護サービスを調整します。

入院時情報連携シート

平成 年 月 日

入院先医療機関：
担当者：

情報提供元事業所：
ケアマネジャー：
電話番号：

入院した利用者	様 (男・女)
住所	明・大・昭 年 月 日生 歳
入院日	
家族状況	主介護者： (続柄) キーパーソン： (続柄)

入院前の状況							
疾病の状況	主治医						
	既往歴						
	服薬状況	自立・一部介助・介助・その他 ()					
	その他受診医						
	認知症	ある・ない 入院時等せん妄歴 ある ()・ない 特記：					
	床ずれ	ある・ない 寝具 布団・ベッド・特殊マット ()					
A D L	移動	方法：自立・一部介助・全介助・その他 () 手段：見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子 特記：					
	食事	方法：自立・一部介助・全介助・その他 () 種類：ペースト・刻み・軟菜・トロミ・普通・経管栄養 特記：					
	排泄	方法：自立・一部介助・全介助・その他 () 場所：トイレ・ポータブルトイレ 使用物品と頻度：オムツ・紙パンツ・パット (夜・昼・終日) 特記：					
要介護認定	支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5 有効期限 年 月 日迄						
介護サービス利用状況	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
在宅復帰に関するケアマネジャーの所感							
備考							

退院調整の時期には連絡を下さると幸いです。本人の様子を確認のうえ、退院後の介護サービスを調整します。

入院時情報提供書(ケアマネ⇒医療機関)

年 月 日

情報提供先

病院

情報提供元

居宅介護支援事業所

事業所住所

介護支援専門員

電話

FAX

ご利用者およびご家族の同意のもとに下記の情報を提供させていただきます。
退院予定決まりましたら、早めにご連絡お願いいたします。

基本情報

氏名		生年月日	M・T・S	年	月	日	生
認定情報	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中						
	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
	有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日						

入院前のADL (心身の状況)

	自立度/方法	特記事項
移動	自立・見守り・一部介助(内容)全介助 (手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子)	
排泄	自立・見守り・一部介助(内容)全介助 (オムツ使用:有・夜間のみ・無 /種類:)	
食事	自立・見守り・一部介助(内容)全介助 (普通・軟菜・刻み・ペースト・経管栄養)	
入浴	自立・見守り・一部介助(内容)全介助 入浴不可(シャワー・清拭)	
口腔ケア	自立・見守り・一部介助(内容)全介助	
夜間の状態	良眠・眠剤使用()不穏()	
認知症	無・有 (特記事項)	
徘徊行動	無・有	
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	

家族・生活の状況に関する情報 (生活環境)

--

入院前利用していたサービス (サービス利用状況)

介護保険サービス	訪問介護(回/W)・訪問看護(回/W)・訪問リハ(回/W)・通所介護(回/W)・通所リハ(回/W) 短期入所(回/W・M)福祉用具貸与()
その他のサービス	配食サービス(回/W)・自費福祉用具貸与()

その他の医療機関に関する情報

病名	医療機関(診療科)	主治医	特記事項

在宅復帰にあたり考慮していただきたい内容

--

病院担当者様 作成日 平成 年 月 日

基本情報	フリガナ			性別	生 年 月 日				年齢
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	M・T・S	年	月	日	歳	
介護保険情報	住所			キーパーソン				関係	
	介護度	要支援	1 2	要介護	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> 申請中(新規・更新・変更)			
医療体制	<input type="checkbox"/> 訪問看護		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 訪問介護		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> デイサービス		<input type="checkbox"/> デイケア
	<input type="checkbox"/> ショートステイ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 訪問入浴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与		<input type="checkbox"/> 住宅改修
処置	<input type="checkbox"/> その他 (
	主治医			医療機関					
身体状況	<input type="checkbox"/> 通院 (頻度:)		<input type="checkbox"/> 訪問診療 (頻度:)						
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (頻度:)		事業者名 (
認知状況	薬局		歯科						
	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 酸素療法		左記の詳細				
入院前の生活	<input type="checkbox"/> インスリン		<input type="checkbox"/> 透析		<input type="checkbox"/> 床ずれ				
	利用者の状況								
備考	寝たきり度	<input type="checkbox"/> J (自立) <input type="checkbox"/> A (外出要介助)							
	<input type="checkbox"/> 視力障害 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		<input type="checkbox"/> B (座位可) <input type="checkbox"/> C (寝たきり)		<input type="checkbox"/> 聴覚障害 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)				
備考	<input type="checkbox"/> 言語障害		意思伝達: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない						
	認知機能: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 不明								
備考	周辺症状: <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行								
	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> その他								
備考	屋内歩行:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	(移動手段)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他							
備考	起居動作:	<input type="checkbox"/> 体位変換介助 <input type="checkbox"/> 起座介助 <input type="checkbox"/> 移乗介助							
	食 事:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養							
備考	形 態:	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ							
	排 泄:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
備考	方 法:	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット							
	入 浴:	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ストマ							
備考	(入浴場所)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行なっていない							
	(入浴方法)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴							
備考	更 衣:	<input type="checkbox"/> 全・半身浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭							
	整 容:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
備考	内 服:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	そ の 他:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
居宅支援経過及び入院エピソード								家族の状況	
備考	(入院前の生活上の困りごとや退院後に考えられる生活上の支障についてなど)								

※退院カンファレンス開催の際は、下記までご連絡ください。

事業所名

担当者 :

所在地

連絡先 電話 : ()

FAX : ()

医療連携加算情報提供書

病院 御中

以下の利用者の介護等の情報提供をいたします。ご入院中の介護サービスにご活用頂ければと思います。

住所 〒

居宅介護支援事業所名

担当介護支援専門員名

TEL FAX

フリガナ											性別	生年月日							
氏名	様										男・女	明・大・昭 年 月 日 歳							
既往歴	主病名										発病年月日								
利用者の心身の状況等の情報	要介護度	申請中 非該当 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5										障害等の認定				なし 身障() 療育() 難病() 精神()			
	障害高齢者日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	認知症高齢者日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	食事摂取	自立		見守り		要介助		移乗		自立		見守り		要介助					
	食事形態	普通食		粥・キザミ		流動・経管		意思の伝達		可能		ときどき		不可					
	口腔清潔	自立		要介助		義歯・有・無		指示への反応		可能		ときどき		不可					
	洗顔・整髪	自立		見守り		要介助		夜間の状態		良眠		不穏()							
	排泄	自立		見守り		要介助		上着の着脱		自立		見守り		要介助					
	排泄方法	トイレ		ポータブル		おむつ		ズボン・パンツの着脱		自立		見守り		要介助					
	入浴	自立		見守り		要介助		視力		正常		問題あり()							
	移動	自立		見守り		要介助		聴力		正常		問題あり()							
							嚥下		自立		見守り		不可						
	日常生活の留意点																		
生活環境	住宅環境	一戸建て		集合住宅		階・エレベーター(有・無)		障害となる環境 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()											
	家族構成	単身		高齢者世帯		同居家族()人		家族構成()											
	留意点																		
入院前1月のサービス利用状況	<input type="checkbox"/> サービス利用なし <input type="checkbox"/> 以下のサービスを利用(居宅介護支援事業所が認識している内容のみ記載)																		
	<input type="checkbox"/> 外来受診(月 回程度) 医療機関名: 主治医:																		
	<input type="checkbox"/> 訪問診療(月 回程度) 医療機関名: 主治医:																		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(月 回程度) <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 身体介護+生活援助 <input type="checkbox"/> 訪問看護(月 回程度)																		
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護(月 回程度) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション(月 回程度) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与()																		
	<input type="checkbox"/> 通所介護・通所リハビリテーション(月 回程度) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護・短期入所療養介護(月 日程度)																		
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護(月 回程度) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護(月 回程度)																		
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護																		
<input type="checkbox"/> その他()																			

退院・退所情報提供書

面談日：平成 年 月 日

情報提供元の医療機関／施設名：

所属：

電話番号：

ふりがな

利用者名： _____ 性別： 男・女 _____

生年月日：明・大・昭 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

入院期間：入院日 _____ 年 月 日 ~ 退院(予定)日 _____ 年 月 日

	入院・入所中の状況	(特記事項)
疾病の状態	主病名 主症状 既往歴 服薬状況 (自立・一部介助・介助・その他)	(感染症等)
食事	自立・一部介助・介助・その他 (ペースト・刻み・ソフト食・普通／経管栄養)	
口腔ケア	自立・一部介助・介助・その他	
移動	自立・一部介助・介助・その他 (見守り・手引き・杖・歩行器・ シルバーカー・車椅子)	(独自の方法・転倒危険)
入浴	自立・一部介助・介助・不可(シャワー・清拭)	
排泄	自立・一部介助・介助／オムツ(常時・夜間のみ)	(留置カテーテル等)
夜間の状態	良眠・不眠 (状態： _____)	
療養上の留意する事項		

介護支援連携指導

患者様氏名 _____ 様 (男・女) 病棟 _____

みさと健和病院 対応者 (_____) 職種 (_____)

連携日 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____) 時 ____ 分 ~ 時 ____ 分

居宅介護支援事業所名	氏 名
	様
<p>【検討内容】</p> <p>【退院後のケアプランについて】</p> <p><input type="checkbox"/> 入院前のケアプランの継続で良いと思われます。</p> <p><input type="checkbox"/> 退院に向けて、以下の内容を提案いたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 訪問診療の (説明・利用開始) <input type="checkbox"/> 訪問看護の (説明・利用開始・内容や回数の変更) <input type="checkbox"/> 訪問介護の (説明・利用開始・内容や回数の変更) <input type="checkbox"/> 福祉用具の (説明・利用開始・変更・追加) <p>(具体的には)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 介護保険の (説明・申請 : _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) 	

上記の説明を受けました。また、退院に向けたケアプランをケアマネジャーからみさと健和病院に情報提供することに同意します。

サイン _____ 続柄 (_____)

退院前カンファレンス記録

(介護支援連携指導②)

実施日 平成 年 月 日

診断名		主治医	
既往歴			
入院から退院までの経過			
退院後の方向		在宅での支援者 キーパーソン等	
介護度		担当ケアマネージャー	
病棟での様子 1. 継続する医療→在宅医療チーム 2. 生活・介護→介護サービス			
在宅移行後のケアプラン(ケアマネージャーより) 1. ケアプランの検討→内容記載			
その他 1. 退院日 2. 必要書類 3. 退院までに解決する問題点			

出席者

記載者

歯科受診依頼書

往診 外来

院所名

担当医

ふりがな			男 女	生年 月日	明・大 昭・平	年	月	日
お名前	様							
ご住所							<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
ご連絡先							<input type="checkbox"/> その他 ()	
意思の疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他 ()	移動方法		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 護送 <input type="checkbox"/> 移動不可				
往診への本人の同意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	往診への家族の同意		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
入院中の場合	病棟 (号室)		入院日 (/)		退院予定日 (/)			
栄養摂取状態	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経口	経口の場合		<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> その他				
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> STS <input type="checkbox"/> TPHA その他 ()							
必要に応じてご記入下さい	血圧 (/)		血糖 ()		HbA _{1c} ()			
依頼にあたっての主訴				上記以外で特記すべきこと				
診断名および既往歴 (別紙可)				投薬中の薬剤 (別紙可)				

治療にあたっての注意事項 有 無

抜歯など観血的処置	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 注意すれば可
エピネフリン添加局所麻酔剤の使用について	<input type="checkbox"/> 通常どおりで可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他
抗凝固薬使用の場合	<input type="checkbox"/> 中断可 <input type="checkbox"/> 中断不可 中断可の場合具体的注意点
観血処置後の抗生剤投与時の注意点	※通常歯科では第一選択薬としてペンシロブ 750mg/日~1000mg/日もしくは、ケフレックス 750mg/日~1500mg/日を3日間投与します。 <input type="checkbox"/> 通常で可 <input type="checkbox"/> その他 (投与量・投与期間の変更・止血剤の併用が望ましい場合等)

保険情報

公費負担者番号							
公費負担医療の受給者番号							

保険者番号							
被保険者証	記号・番号						
	有効期限	平成		年		月	日
被保険者氏名							
資格取得	昭和・平成		年		月		日

介護保険情報

保険者番号							
被保険者番号							

担当ケアマネージャ氏名		担当居宅介護支援事業所	
-------------	--	-------------	--

介護度		介護保険受給開始日	
		開始日~終了日	
		年 月 日~	年 月 日

《《依頼書》》

申し込み日 年 月 日

フリガナ							
氏名						性別	男 女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日					歳	
住所	(〒 -)					駐車場 有 無	
電話番号	- -		FAX番号		- -		
キーパーソン	氏名		連絡先				
主訴	部位 (歯 ・ 歯ぐき ・ 入れ歯 ・) 痛み (有 ・ 無) 口腔ケアをしてほしい 嚥下評価・リハビリをしてほしい						
病歴	脳卒中 (麻痺) 認知症 () 心疾患 呼吸器疾患 消化器疾患 感染症 無 ・ 有 ()						
	身長 cm ・ 体重 kg ・ 血圧 ・ 体温 栄養摂取 (経口 ・ 胃瘻 ・ NH ・)						
内服薬	お薬手帳 有 ・ 無						
他科受診	主治医						
要介護度 () サービス状況	連絡先	月	火	水	木	金	土
	ディ						
	入浴						
	訪問看護						
	リハ						
	ヘルパー						
ケアマネ	様 事業所： 連絡先：tel fax						

【訪問診療新規依頼書】

◆依頼元：(御施設名 _____) (御担当者名 _____)

・患者様氏名：

・生年月日：

・住所：

・連絡先：(自宅電話) _____ (本人携帯) _____
 (家族携帯) _____

・病名

・担当ケアマネージャー名

・介護支援事業所名；

・訪問看護ステーション；

・家族構成 (キーパーソン)

家族連絡先：

・介護度 _____ 有効期限 _____

・紹介状の手配

・初回訪問の日程調整 (デイサービスなどで本人がいない日を確認しておく)

	月	火	水	木	金	土	日
朝							
昼							
夕							
夜							

◎その他連絡事項がございましたら御記入お願い申し上げます。