

往診医等依頼書【医師・その他()】

依頼日 年 月 日

フリガナ		性別
患者氏名		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日		() 歳
〒	341-00	電話番号
住 所		
介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	連絡先
疾患名	(主病名)	かかりつけ医師 <input type="checkbox"/> 無
		(医療機関・医師名)
経過		
ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 依頼したい
訪問看護	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 依頼したい
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 区変中	
<input type="checkbox"/> 指定難病医療受給者証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 生活		
自己負担:医療保険 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 介護保険 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
障害生活自立度 <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2		
認知症生活自立度 <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V		
医療機器	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 胃瘻腸瘻 <input type="checkbox"/> ドレーン留置 <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン	
	<input type="checkbox"/> 尿カテーテル交換 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 人工肛門・膀胱 <input type="checkbox"/> 人工呼吸(気管切開・非侵襲)	
	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無	
退院予定日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 現在在宅
退院調整会議	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒	年 月 日
その他・希望等(患者希望)		

依頼者	事業所名・医療機関名	担当者
	電話番号 ()	FAX ()