

訪問診療依頼情報

No1

情報提供日 R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 感染症	<input type="checkbox"/> HBs抗原	医療的処置 <input type="checkbox"/> 無
ID		<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> TPHA	有 <input type="checkbox"/> CV()
氏名		<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> インシュリン()単位	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 L/分
生年月日	T・S・H 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	その他()	
住所	〒	TEL	センターからの距離(片道: km)	
家族の状況	連絡先(続柄)	☎番号	【介護問題】	
	1		<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 昼間独居
	2		<input type="checkbox"/> 老々世帯	<input type="checkbox"/> 経済事情
	3		<input type="checkbox"/> 介護負担	<input type="checkbox"/> 家族関係
キーパーソン 氏名: 主介護者 氏名:			<input type="checkbox"/> 本人の理解力	<input type="checkbox"/> 家族の理解力
病名 (既往歴)	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 家族への病名告知 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
これまでの生活状況	病状(病状の説明内容)・経過など:	投薬内容:	特記事項:	
病状の理解	本人:	家族:	今後の病状:	
			その際の対応:	
今後の不安と希望	本人:	家族:	終末期の希望:	
保険・社会福祉等	<input type="checkbox"/> 障がい者手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳			
	<input type="checkbox"/> 特定疾患受給者証			
	介護保険: <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中[新規・更新・変更]			
	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	ケアマネジャー氏名		事業所名	
	<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 短期入所		
<input type="checkbox"/> 訪問薬剤指導	<input type="checkbox"/> 訪問栄養指導	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 不要	
<input type="checkbox"/> その他	【 かかりつけ薬局: 】			

必ずNo1. 2を記載してください。診療情報提供書も添付してください。

利用者の状態		左記詳細
身体状況	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 生活自立 J 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立、独力で外出する <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J-1 交通機関等を利用して外出する <input type="checkbox"/> J-2 隣近所へなら外出する	
	準寝たきり A 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない <input type="checkbox"/> A-1 介助により外出し日中はほとんどベッドから離れて生活する <input type="checkbox"/> A-2 外出の頻度が少なく日中も寝たり起きたりの生活をしている	
	寝たきり B 屋内での生活は何らかの介助を要し日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ <input type="checkbox"/> B-1 車椅子に移乗し食事、排泄はベッドから離れて行う <input type="checkbox"/> B-2 介助により車椅子に移乗する	
	寝たきり C 1日中ベッド上で過ごし排泄、食事、着替において介助を要する <input type="checkbox"/> C-1 自力で寝返りをうつ <input type="checkbox"/> C-2 自力では寝返りも出来ない	
	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 I 何らかの認知症を有するが家庭内及び社会的にほぼ自立している <input type="checkbox"/> I	
	II 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> II a 家庭外でIIの状態が見られる <input type="checkbox"/> II b 家庭内でもIIの状態が見られる	
	III 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ介護を必要とする <input type="checkbox"/> III a 日中を中心としてIIIの状態が見られる <input type="checkbox"/> III b 夜間を中心としてIIIの状態が見られる	
	IV 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> IV	
	M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする <input type="checkbox"/> M	
	麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 拘縮 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位() <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> D5 視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (睡眠薬)	
①食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 (形態) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> ころみ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 栄養剤名() (1日量 栄養 Kcal 水分 ml) (Fr 製品名) 最終交換日 /	(介助内容) 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 有	
②排泄 <input type="checkbox"/> 介助 (<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自己導尿 ストーマ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位) <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル (Fr 製品名) 最終交換日 / 下剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 最終排便 /		
③清潔 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 口腔ケア 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
④歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 操作可 <input type="checkbox"/> 介助 移動 <input type="checkbox"/> 移乗介助 <input type="checkbox"/> 起座介助 <input type="checkbox"/> 体位変換介助		

提供元記入者