

訪問診療 チェックシート

お電話での受付の後、訪問診療チェックシート・診療情報提供書のFAXをお願い致します。

FAXが届き次第、担当看護師よりご連絡させていただき、面談日を調整させていただきます。

* FAX送付先:06-6350-0468 (お問合せ TEL:06-6350-0118 担当:高橋) 受付日 年 月 日

ご依頼者(医療機関名(部署名)・事業所名・氏名)		ご依頼者Tel	
ふりがな 患者様氏名			性別 男・女
生年月日(歳)	M・T・S・H	年 月 日	(歳)
住所	〒		<input type="checkbox"/> 独居
電話 (家族携帯)	(続柄())
病名	<input type="checkbox"/> 紹介状参照		
現在の状況	入院中・通院中 (ひと月 日通院)		退院予定日 : 月 日
	病院名:		
処置	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器(HMV) <input type="checkbox"/> 酸素(HOT) <input type="checkbox"/> 胃瘻(PEG) <input type="checkbox"/> 経鼻胃管(NEG) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) ポート 有・無 <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 尿カテ <input type="checkbox"/> その他		
介護状況	キーパーソン:	続柄:	<input type="checkbox"/> 同居
在宅 サービス	ケアマネ	事業所:	ご担当者: Tel
	訪問看護	事業所:	Tel
保険制度	医療保険	1・2・3 割負担	限度額適応認定証 : 有・無
	介護保険	1・2 割負担	要介護: 申請中・申請未
	身体障害	級	一部負担助成 : 有・無
	その他公費等	生活保護・難病	その他

⑨ 当院では、自宅での

輸血 胸水穿刺 は行っておりません。