

新規依頼表 ( 訪問診療 訪問リハビリ・通所リハビリ )

わかる範囲でご記入をお願いします。FAXが届きましたらご連絡させていただきます。

システム・料金等についてご納得頂きましたら開始させていただきます。

ご依頼者			患者様との関係			
所属機関名			連絡先電話番号			
フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )		
住所	〒		家族構成			
	駐車場所：なし・あり ( )					
電話番号	自宅：					
	携帯：					
キーパーソン	氏名：		続柄：	電話：		
	同居・別居 ( 住所：〒 - )					
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 ( ) ( / 頃まで) <input type="checkbox"/> 施設 ( )					
かかりつけ医	病院名：		担当医：	連絡先：		
病名						
既往歴						
内服薬	(お薬手帳のコピーでも可)					
経緯・状況						
医療・介護上の 問題点						
健康保険	国保・後期・社保 (いずれかに○を)		負担割合：1割・2割・3割	公費：あり・なし		
介護認定	非該当・要支援 ( 1・2 ) ・要介護 ( 1・2・3・4・5 ) ・申請中・区分変更中					
負担割合	1割 ・ 2割		(介護保険被保険者証・負担割合証についてはコピーを添付)			
担当ケア マネジャー	事業所：		電話：			
	担当者：		FAX：			
訪問看護	なし・あり ( 事業所名：		電話： )			
居宅 サービス	①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤その他 ( ) (以下に番号を)					
		月	火	水	木	金
	AM					
	PM					
ADL	<b>移動</b> ( 自立・介助必要・車いす・寝たきり ) <b>食事</b> ( 自立・介助必要・経管栄養・中心静脈栄養 ) <b>排泄</b> ( ・トイレ (自立・介助必要) ・PTイレ (自立・介助必要) ・おむつ・尿カテーテル ) <b>入浴</b> ( ・自宅 (自立・介助必要) ・訪問入浴・デイにて ) <b>精神症状</b> ( 幻覚・妄想・徘徊・昼夜逆転等 ) <b>コミュニケーション</b> 支障なし・あり ( 難聴・認知症・高次脳機能障害・その他 ( ) )					