

おうち診療所 患者様紹介シート

記入日： 年 月 日

依頼者： 関係性： TEL：		<ポイント> ※1. これまでの治療経過、主治医からどのような説明を受けているか？ ※2. ご家族との関係性や介護力の程度はどのくらいか？				
ふりがな 生年月日 昭和 年 月 日 歳 本人氏名 様 現在の療養の場 住所 TEL：						
初回希望： 至急(1週間以内) ・ 調整可能(いつまで待機可能か？： 月 日頃まで)						
主な疾病 医療機関・担当医						
1		経過・留意点  今後の通院 無 or 有 前医の在宅移行承諾 未 or 有 病名告知 未 or 済(本人・家族) 予告告知 未 or 済(本人・家族) 看取り 病院 or 施設 or 在宅 急変時の受け入れ 不可 or 可 退院時カンファ 不可 or 可 直近入院日 年 月 日				
2						
3						
4						
A D L	着替：					
	食事：					
	歩行：					
	基本動作：					
	排泄：			オムツ：		
	入浴：					
	麻痺：					
医療処置	認知症：	コミュニケーション：				
	点滴： (CV 末梢)	気切：				
	経管： (胃瘻 NGチューブ)	インスリン：				
	尿カテ： (尿カテ Fr 膀胱瘻)	褥瘡： (部位 大きさ)				
	酸素： (流量 L)	ストマ：				
	吸引： (頻度：)	その他：				
サービス	ケアマネ事業所：	訪リハ事業所：	主介護者  名前： 関係性： 様 同居 or 別居 人柄： 家族構成：  理解力(無・有)、仕事(無・有： 時～ 時)、介護力(無・有)、体力(無・有)、認知症(無・有)			
	担当：	担当： 曜日：				
	訪看事業所：	デイ事業所：				
	担当： 曜日：	担当： 曜日：				
	ヘルパー事業所：	入浴事業所：	理解力(無・有)、仕事(無・有： 時～ 時)、介護力(無・有)、体力(無・有)、認知症(無・有)			
	担当： 曜日：	担当： 曜日：				
	その他：			その他の介護者  名前： 関係性： 様 同居 or 別居 人柄・考え方：  理解力(無・有)、仕事(無・有： 時～ 時)、介護力(無・有)、体力(無・有)、認知症(無・有)		
保険	医療： 後期・国民・社保 、負担割合 1・2・3					
	介護： 未申請・申請中・取得(要支援1 2 ・ 要介護1 2 3 4 5)					
	公費： 生保・指定難病・重度障害・限度額適用認定証・障がい者手帳・その他					