

愛心ケアクリニック 訪問診療受付書

申込日 年 月 日

ご相談者 様  
続柄

折り返し連絡先

フリガナ				自宅・入院中・施設:	性別						
患者氏名				明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	男・女						
住所	〒 ー 駐車場:無・有(場所)										
電話番号	ご自宅		携帯								
1年以内の入院歴	病院名	入院期間									
病名	(末期がんの場合有はポートの有無を要確認) 診療情報提供書(有・無・依頼中)										
必要な医療処置	尿道カテーテル・胃ろう・HOT・自己注射 点滴・ポート・CV・カフティポンプ・その他( )										
依頼内容											
介護認定	なし・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中・区分変更中										
既往歴											
通院中の医療機関											
利用中の薬局		連絡 済・未	訪問薬局の希望	あり・なし	薬局名						
健康保険	国保・後期・社保・共済・生保・その他			公費 あり・なし		心身障害医療証	あり・なし				
						特定疾患医療証	あり・なし				
訪問看護・リハ	なし・あり 事業所名: (曜日・時間)			指示書 作成時期							
その他サービス	なし・あり 事業所名: (曜日・時間)										
ケアマネジャー	事業所		電話:	その他							
	担当者		FAX:								
主介護者様	様 続柄:			同居・別居	連絡先						
	住所	〒			(家族構成)KP:						
家族背景 介護、経済状況	(ADL) 移動: 食事: 排泄:										
請求書送付先 (主介護者様と同一の 場合は記入不要)	様 続柄:			同居・別居	連絡先						
	住所	〒									
契約書	保険証	介護保険証	負担割合証	口座	情報提供書	処方内容(薬局)	契約希望日	初診希望日	緊急	ケアマネ連絡	訪看連絡

医療処置についての聞き取りシート

尿道カテーテル ・膀胱ろう	サイズ( )Fr 材質:シリコンorラテックス または商品名 付属物品の有無:ウロバック レッグバック DIBキャップ 交換頻度 次回交換予定日と場所 トラブル時のフォロー病院: 退院時に1回分の予備物品の持ち帰りの依頼:	補足
胃ろう	タイプ(ボタン式orチューブ式) (バルーン式orバンパー式) 栄養剤の名前・量・水量・注入回数: 今後の交換予定と病院: 退院時に持ち帰る栄養剤の日数:	補足
HOT	酸素流量:安静時 体動時 ナーザルorマスク ボンベの有無(緊急時用・携帯用) 携帯用の同調器の有無 依頼会社名: TEL 退院時のHOT指示依頼	補足
自己注射	処方内容: 退院処方日数(本数): 血糖測定器の提供状況: 測定回数	補足
点滴	指示内容:(薬剤名、量、投与時間、静注or皮下注 ) 退院時 持続注入or抜針 退院時に持ち帰る薬剤の日数: 訪問薬局への連絡:	補足
ポート・CV	指示内容:(薬剤名、量、投与時間 ) ポート商品名: カフティポンプ使用の有無とレンタル会社名: TEL ポート(CV)トラブル時のフォロー病院: 退院時の薬剤と針、ルートの持ち帰り 個数 訪問薬局への連絡:	補足
麻薬皮下注	指示内容:( 速度 ) レスキューの回数: 退院時の使用ポンプ機種: 皮下注の部位: 訪問薬局への連絡:	補足
ストマ	ストマの部位: パウチ交換頻度: 使用物品: 物品調達: 障害手帳と装具の給付申請が済んでいるか ストマトラブル時のフォロー病院やストマ外来:	補足
痰吸引	吸引チューブのサイズ Fr 退院時に持ち帰るチューブの本数 吸引器の自宅設置状況: 介護者の吸引手技: 吸引回数 回/日	補足