

患者依頼シート

(記入日: 年 月 日)

依頼者		TEL	
担当ケアマネジャー		TEL	
居宅介護支援事業所		FAX	

1. 患者基本情報

氏名	(フリガナ)	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		生年月日	明・大・昭	年	月 日
住所				電話番号	
住環境	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階居住)	駐車場	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	エレベーター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

2. 心身・生活機能の状況

主な疾患		かかりつけ医療機関	
服薬	管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理(管理者:)	
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方を守られていない	
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
ADL	移動・移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 → <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 清拭のみ	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 → <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> オムツ	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	摂取方法
食事内容	形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分のとり方 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 制限内容 ()	
口腔	むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 常にあり	義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)
自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()		

3. 介護サービス

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期間 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請								
自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明 障害など認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
介護サービス 週間予定 (利用日に○印)		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜	
	訪問看護・リハ	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
	訪問介護								
	通所介護・リハ								
	その他()								
訪問看護	事業所名			電話番号					
かかりつけ薬局	薬局名			電話番号					

4. 家族の情報について

キーパーソン①	氏名	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	連絡先	
キーパーソン②	氏名	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	連絡先	
留意事項	理解力、介護力など				

5. 訪問診療の依頼理由など

目的	<input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 定期的医学的管理
医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> その他()
現在の生活状況	<input type="checkbox"/> 自宅 かかりつけ医療機関名 () 医師名 () <input type="checkbox"/> 入院中 病院名 () 診療科 () 医師名 () 退院予定日 年 月 日
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 手配済み 取得日 (年 月 日)
診療希望	頻度(月 回) 曜日(曜日) 時間(時頃)
緊急度	<input type="checkbox"/> 早急 <input type="checkbox"/> 1週以内 <input type="checkbox"/> 退院後 <input type="checkbox"/> 状態安定
特記事項	ご本人・ご家族が受けている病状説明の内容、今後起こりうる合併症の説明など

※処方内容がお分かりでしたら、別紙にて添付をお願いします

※赤字箇所は必ず記載してください

やすむろ在宅クリニック

