

申込日：平成 年 月 日

利用者	氏名	生年 月日	M・T・S	年	月	日	歳	男・女	
	住所							TEL	
申込者	氏名	続柄				TEL			
	住所	□同上 □他（ ）							
病名									
現在の かかりつけ医	（ ） □医院 □クリニック □病院（ ）科								
	主治医名（ ） 医師								
経過	お分りの範囲でご記入下さい。								
ADL	□寝たきり・□車椅子(移乗 □自力 □介助)・□杖歩行・□その他（ ）								
食事 摂取状況 栄養管理	状況	□胃瘻 □胃管 □中心静脈栄養(□CV □ポート) □末梢点滴 □その他（ ）							
	形態	□米飯 □全粥 □ミキサー食 □その他（ ）							
同居家族	無 ・ 有 (続柄)		キーパーソン氏名						
介護度	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5		申請中		未申請		
ケアマネ ジャー	氏名							TEL	
	事業所名								
利用状況 事業所名 曜日など	□訪問看護	(事業所名	曜日)	□デイサービス	(事業所名	曜日)			
	□ヘルパー	(事業所名	曜日)	□ショートステイ	(事業所名	曜日)			
	□訪問入浴	(事業所名	曜日)	□訪問リハビリ	(事業所名	曜日)			
	□その他	()							
緊急性	□急ぐ □急がない								
残薬	() 日分 不明								
保険情報	種別	□国保 □社保 □生活保護 □その他 ()							
	減免	□身体障害 □特定疾患 □その他 ()							
要望	急変時	□CPR □DNR							
	癌の場合	抗癌剤の使用	□あり □なし	※当院で抗癌剤の処方はありません					
		鎮静剤の使用	□あり □なし						
使用薬剤									
看取りの場合	□在宅 □施設 □病院 □その他 ()								
備考									

～訪問診療を申し込むには～

- ・かかりつけ医がある場合は、医師の診療情報提供書が必要です。

かかりつけ医が無い場合は先にご相談ください。

※できるだけ申込書と診療情報提供書をそろえての申し込みをお願いしています。

※患者様の状態により、担当医師の判断で外来受診なしで訪問診療を開始できることもあります。

- ・当院では、入院中の患者様については、訪問診療担当看護師ができるだけサービス担当者会議へ参加させていただくようにしております。調整をお願いいたします。
- ・申込用紙を頂いたあとに家族様との面談を依頼しております。

後日、担当よりご連絡をさせていただきます。

- ・お申込み頂いても、病状や処方内容により当院で対応できない場合がございます。

あらかじめご了承ください。

- ・訪問診療は基本的には月 2 回の定期的な訪問となっています。

その他、ご不明な点がございましたら共立病院 地域連携室にお問い合わせください。

共立病院 地域連携室 TEL 079-285-3494 FAX 079-285-3417