訪 問 診 療 チェックシート

※ おわかりになる範囲内でご記入ください　　ご記入日：　　年　　月　　日

依頼者名	ケアマネ・看護師・MSW・ご家族・ご本人・その他 （　　）
患者氏名（ふりがな）（　　）	男 ・ 女
生年月日　明治　大正　昭和　平成　令和　西暦　　年　　月　　日　満（　　）歳	
ご住所　〒 ご連絡先：　(自宅)　　(キーパーソン携帯)	
キーパーソン氏名　(続柄　　)　同居・別居	介護保険を利用中 はい　・　いいえ
家族等氏名　(続柄　　)　同居・別居	

《診断名》	《必要な医療処置・医療器具など》 ☐中心静脈栄養　☐末梢点滴 ☐胃瘻チューブ　☐褥瘡・創傷治療 ☐尿道カテーテル　☐ストマ管理 ☐緩和ケア・麻薬管理　☐ドレナージ ☐血糖・インスリン管理　☐喀痰吸引 ☐在宅酸素　☐その他（
かかりつけ医	

訪問診療を希望される理由
- ☐通院が難しい
- ☐ご家族の介護が必要で外出が困難
- ☐その他（具体的にご記入ください）：

現在の状況：　自宅・入院中・施設入所中　（病院・施設名：　　）	
（入院中の場合）退院予定日：　　月　　日頃	退院カンファ：　未 ・ 済 ・ 無
訪問を希望する曜日： ☐特に希望なし ☐希望あり　月・火・水・木	過去１年間の入院歴： 年　　月頃（　　）病院
介護認定：　有　・　無　・　申請中	要介護度：要支援１・２　　要介護１・２・３・４・５
医療保険証（負担割合）：１割 ・ ２割 ・ ３割	介護保険負担割合証：　１割 ・ ２割 ・ ３割
公費の有無など　　生活保護 ・ 医療費助成 ・ 障害者手帳 ・ 難病指定　・　限度額適用認定証	
《ケアマネージャー》**※フェイスシートをご送付ください** 事業所： 担当者： ＴＥＬ：	《訪問看護ステーション》 有 ・ 依頼済 事業所：

中山整形外科クリニック
TEL:075−605−0180　　FAX:075−605−0280