

天童市民病院 訪問診療 申込書

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明・大昭・平	年 月 日 (歳)	
患者氏名							
患者住所				患者電話番号	-	-	
紹介施設				紹介施設電話番号	-	-	
必要なサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 訪問看護 訪問リハビリテーション レスパイト入院						
当院の受診歴	有 (診察券番号) 無						
現在の病状							
かかりつけ医	医療機関			医師名			主治医なし
主病名							
既病歴							
内服状況							
食 事	自立 一部介助 全介助 嚥下障害あり 嚥下障害なし 食事の内容 ()						
排 泄	トイレ ポータブルトイレ おむつ フォーレカテテル その他 ()						
身体状況	寝たきり状態 (エアマット使用 あり なし) 車いす乗車可能 歩行可能 (杖 シルバーカー) その他 ()						
精神状態など	不穏状態あり 認知症あり 認知症なし コミュニケーション (可 不可)						
感 染 症	なし あり ()						
家族の状況	家族同居 (同居家族 :) 昼間独居 独居						
必要な医療ケア	褥瘡処置 たん吸引 麻薬の管理 気管切開 在宅酸素 (/ min) 点滴 経管栄養 (胃ろう 腸ろう) 静脈栄養 疼痛管理 人工肛門 カテーテル その他 ()						
食 事	自立 一部介助 全介助 嚥下障害あり 嚥下障害なし 食事の内容 ()						
要介護認定 又は障害区分							
ケアプラン作成 事業所名				担当者名			