

# こがねまるクリニック訪問診療所 診療依頼シート

\*おわかりになる範囲内でご記入ください。

20 年 月 日

## ご相談者様について

ご相談者様氏名	様	TEL
患者様とのご関係		FAX

## 患者様について

患者様氏名	様	(ふりがな：)	さま)
生年月日	T・S・H・R	年	月 日 ( 歳) 男性 ・ 女性
患者様住所 (ご訪問先)	〒		
TEL	固定電話：	携帯：	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入所中（施設名：） <input type="checkbox"/> 入院中（病院名： 退院予定： カンファ：未・済・無）		
現在のかかりつけ医	病院・医院 科 担当医： 先生		
診療情報提供書	依頼済 ・ 未		
診断名			
経過・治療内容			
日常生活動作	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車イス（介助） <input type="checkbox"/> 車イス（自力） <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 自立		
必要な医療処置	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷治療 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 血糖管理 <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> ドレナージ <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 緩和ケア・麻薬管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他		
保険情報	医療（： 割）公費：生保・医療費助成・障害者手帳・難病・自立支援 介護：未申請 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5		
サービス 利用状況	ケアマネ事業所名： 担当者名： 様 訪問看護事業所名： 担当者名： 様 デイサービス利用 なし ・ あり ( 月 火 水 木 金 土 日 )		

## キーパーソン（もしくは主介護者様）の情報

キーパーソン氏名	様	(続柄：)
キーパーソン住所	〒	
TEL	固定電話：	携帯：

\*届き次第、翌営業日  
までにお返事致します。

こがねまるクリニック訪問診療所 北九州市八幡西区馬場山緑9番7号

TEL：093-616-2171 FAX：093-616-2172