

※医師が在宅医療を依頼する場合には、診療情報提供書をご使用下さい。

在宅医療依頼書 FAX 092-596-4897	ご依頼者氏名						
	ご関係		看護師・ケアマネージャー・ご家族・その他				
	ご連絡先						
患者氏名							男・女
ご住所							
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	歳		
要介護度	非該当・未申請・申請中・要支援（ 1・2 ）		要介護（ 1・2・3・4・5 ）				
現在の療養状況	1, 在宅療養中（かかりつけ医院： ）						
	2, 入院中（病院名： ）						退院予定日 月 日頃
	3, 施設入居中（施設名称： ）						
ケアマネージャー	施設名	TEL	-	-	担当		
訪問介護	利用中・未利用・調整中（施設名						TEL - - ）
診断名・経緯							問題点・前段階準備
患者状況（現状・経過・治療内容・予後・告知の有無等）							<input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 栄養（胃ろう） <input type="checkbox"/> 気道管理（吸引等） <input type="checkbox"/> 排泄（おむつ等） <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> その他
ご本人・ご家族の要望							
導入予定サービス : 訪問看護・デイサービス・訪問入浴・ヘルパー・訪問リハビリ							
現在のサービス : 訪問看護・デイサービス・訪問入浴・ヘルパー・訪問リハビリ							
	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
備考							
たなか夏樹医院 大野城市旭ヶ丘2丁目1-20 TEL: 092-596-4588・FAX: 092-596-4897							