

訪問診療導入シート

【記入日】平成 年 月 日 () 【所属・記入者】

【患者氏名】 (男・女)
 【生年月日】 年 月 日 (歳) 入院中
 【住所】 自宅
 【TEL】 施設

【症状】 ※診療情報提供書があれば、記入不要です
 #
 #
 #

【主病名】 ※診療情報提供書があれば、記入不要です

【医学的問題点】 ※診療情報提供書があれば、記入不要です
 #
 #
 #

【既往歴】 ※診療情報提供書があれば、記入不要です

【家族構成】

【医師の病状説明内容】 ※診療情報提供書があれば、記入不要です

【キーパーソン (続柄)】 TEL :
 【主介護者 (続柄)】 TEL :
 【介護に携われる方 (続柄)】

※主病名が癌の場合、必ず記入して下さい

【告知について】

本人へ :

家族へ :

【生活歴／性格／趣味】 ※フェイスシートがあれば、記入不要です

【病気の解釈・感情／訪問診療への期待】

本人 :

家族 :

【訪問診療までの経過】 ※診療情報提供書があれば、記入不要です

【医師の説明での予後の見通し】

数日 数週間 数カ月 半年以上
 (具体的に :)

※ターミナル期の方は、必ず記入して下さい

【看取りの場所に関する希望】

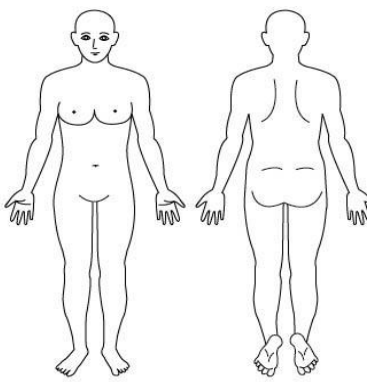
まだ決めていない
 自宅 (施設) で 病院で
 本人の希望 家族の希望

※必ず確認して下さい

【同意の確認】

訪問診療・往診のシステムや料金について、
 本人・家族へ説明し、同意を得ました。

 この紹介について、現主治医の同意があります。
 病院 科 医師名 :

【ADL】 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> トイレまで <input type="checkbox"/> 歩行可 食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> むせあり 排泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ	【健康保険】※保険証の写しがあれば、記入不要です <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="text"/> 割負担 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証（区分： <input type="text"/> ） <input type="checkbox"/> 多数該当		
【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （周辺症状： <input type="text"/> ）	【社会保障制度等】 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証（病名： <input type="text"/> ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="text"/> 級 （障害名： <input type="text"/> ） <input type="checkbox"/> 重度（中度）心身障がい者医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他： <input type="text"/>		
【医療処置】 <input type="checkbox"/> 医療処置なし <input type="checkbox"/> 胃瘻・経鼻栄養 栄養内容： （種類・サイズ： <input type="text"/> 最終交換： <input type="text"/> ）	【介護度】 要介護 【ケアマネ氏名】 【居宅事業所名・TEL】		
<input type="checkbox"/> 尿道バルン （種類・サイズ： <input type="text"/> 最終交換： <input type="text"/> ）	【在宅サービス】		
<input type="checkbox"/> 褥瘡 （部位： <input type="text"/> 処置方法： <input type="text"/> ）	種別	事業所名	利用曜日
<input type="checkbox"/> 輸液（方法： <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> ポート） （輸液内容： <input type="text"/> ）	訪問看護		
<input type="checkbox"/> 吸引行為（回数： <input type="text"/> ） （吸引器貸出し： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要）	訪問リハビリ		
<input type="checkbox"/> 在宅酸素（ <input type="text"/> L/分）	訪問入浴		
<input type="checkbox"/> 在宅酸素（ <input type="text"/> L/分）	デイサービス		
<input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 血糖値測定			
【身体図（褥瘡・麻痺・拘縮・胃瘻・経管・ストマ等）】 	【経済状況】 <input type="checkbox"/> 年金のみ <input type="checkbox"/> 家族から援助あり <input type="checkbox"/> その他		
※もりおか往診クリニック記入欄			
【面談日】 月 日（ <input type="text"/> ） 場所 <input type="text"/>			
同席者（ ST・CM ） 30分前 TEL（ 要・不要 ）			
【退院日】 月 日（ <input type="text"/> ）（AM・PM）			
【初回往診】 月 日（ <input type="text"/> ）			
同席者（ ST・CM ） 30分前 TEL（ 要・不要 ）			
【記入しきれなかったことがありましたら、この欄にご記入下さい】 			

※この訪問診療導入シートは、群馬家庭医療学センター前橋協立病院・前橋協立診療所が作成したものが原型です。許可を頂いて改編し、利用させて頂いております。

※不明な点がございましたら、医療法人 葵会 もりおか往診クリニック（〒020-0832 岩手県盛岡市東見前6地割85番地1号 TEL:019-614-0133 FAX:019-614-0134）までお問い合わせ下さい。

院長 木村 幸博