

訪問診療に関するご相談シート(FAX併用)

申込日 年 月 日

相談者氏名 :
 相談者連絡先 :
 Tel : () -

相談受付者氏名(当CL)

ふりがな					
患者氏名		生年月日	M・T・S・H	年 月 日	歳
住 所	〒				
電話番号	() -				
家族構成	独居 同居あり()				
キーパーソン	氏名		主介護者		緊急連絡先
介護度	要支援 1・2 / なし		要介護 1・2・3・4・5		
ケアマネジャー	有・無 事業所名				担当者
現病歴					
既往症					
手術歴					
内服薬	※現在服用中のお薬が切れる時期 月 日				
現在の医療機関	主治医				
ADL	自立歩行・介助歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー				
麻 痺	無・有 (部位)				
コミュニケーション	発語 可・不可 意思表示の手段				
皮 膚	褥瘡 無・有 (部位)			清潔	入浴・シャワー浴・BB
栄 養	経口 (自立 / 介助、むせこみ 有・無) 経管 (経鼻経管・胃瘻・腸瘻) IVH (ポート 有 / 無) 輸液指示 :				
排 泄	自立・おむつ・留置カテーテル・ストマ・リハビリパンツ				
在宅酸素	有・無		認知	有・無	
ご相談内容					

頂きました情報は、当院における在宅医療の遂行の目的のみに利用致します。

弘善会グループ理念

医療、福祉活動を通じて地域社会に貢献する事により社会的責任を果たす事が私たちの使命です。

医療法人 弘善会 矢木クリニック
 〒559-0003 大阪市住之江区安立1-4-3
 TEL06-6657-5205 FAX06-6675-0557