

患者依頼シート

記入日

○年

△月

△日

/ 情報提供日

○年

△月

△日

施設情報	施設名称	〇〇在宅支援センター	電話番号	〇〇 - 〇〇〇〇
	担当者名	在宅 知子	FAX番号	〇〇 - 〇〇〇〇

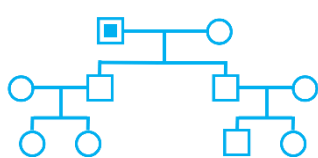
患者情報	ふりがな	おおがき たろう	生年月日	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	〇年 △月 △日	年齢	83歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	大垣 太郎	明大昭						
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大垣市 〇〇町 〇-〇			電話番号	〇〇 - 〇〇〇〇			

緊急時連絡先	氏名(続柄)	住所	電話番号	理解力	仕事	介護力	体力	認知症
	大垣 花子(妻)	〒 同上	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	大垣 次郎(長男)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大垣市 〇〇町 △-△	080-△△△△-△△△△	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有

現病歴・既往歴	かかりつけ医	医療機関名①	〇〇総合病院	未・ <input checked="" type="checkbox"/> 済	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
		医療機関名②	△△クリニック	未・ <input checked="" type="checkbox"/> 済	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
		医療機関名③		未・済	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療

家族構成図	かかりつけ薬局	薬局名	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問指導
-------	---------	-----	---

主:主介護者 ☆:キーパーソン ○:女性 □:男性	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援(1) <input type="checkbox"/> 要介護()
---------------------------	------	---

	公費	障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(3)級 / 生活保護受給:担当者() 特定疾患医療受給者証 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
---	----	---

家族の介護力	サービス利用状況	サービス事業所名 ()	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) () <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) ()
		<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護(1 回/週) (訪問看護ステーション〇〇) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) ()	
		<input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) () <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週) () <input type="checkbox"/> 短期入所(日/月) () <input type="checkbox"/> 施設入所() () <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:) () <input type="checkbox"/> その他() ()	

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具使用 介護タクシー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
口腔内	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input checked="" type="checkbox"/> 有(<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適) <input type="checkbox"/> 無 / 嚥下障害: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 / 口腔清掃: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪
食事	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他() (食)) 主食: <input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他() () 水分: とり割合使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 副食: <input checked="" type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他() ()
更衣	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅(<input checked="" type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワーのみ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 清拭のみ
排泄	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> 日常 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬物アレルギー <input type="checkbox"/> 有: 薬剤名() () <input type="checkbox"/> 無
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知症	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 特記事項()		
療養上の問題	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他() ()		

医療処置	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> その他() ()
------	---

生活歴(職歴、趣味等)	タクシー運転手
-------------	---------

特記事項	患者の性格・嗜好、家族の関わり、経済的問題、住宅環境、ADLの追記、等
	温厚 ご本人、ご家族が受けている病状説明の内容

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意を頂いています。

※処方内容がお分かりでしたら、別紙にて添付をお願いいたします。

※赤字の箇所は必ず記載してください。