

新規依頼申し込み書

受付年月日: 年 月 日

受付者:

<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院		退院前カンファレンス: 月		受付番号:		
ふりがな 患者氏名	男・女	生年月日	年	月	日 歳	
訪問先 住所	電話					
KP氏名	続柄		電話			
	住所 〒					
相談者	(事業所名)			電話		
傷病名	がん告知<本人>有・無<家族>有・無 末期告知<本人>有・無<家族>有・無 紹介状 有・無					
経過	家族					
	最終退院日( ) 退院時処方( 週間分)					
介護保険	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中( / ) <input type="checkbox"/> 更新・区分変更中 <input type="checkbox"/> 対象外 負担割合1・2割 介護保険の利用 有・無					
公費負担	<input type="checkbox"/> 身障( )級( ) <input type="checkbox"/> 特定疾患( ) <input type="checkbox"/> 生活保護(担当者: ) <input type="checkbox"/> その他					
医療保険	国保・社保・前高・後高 負担割合 割 限度額( ) その他特記事項( )					
訪問診療	<input type="checkbox"/> 支援中 <input type="checkbox"/> 新規依頼 <input type="checkbox"/> 未定 (名称)			薬局		
依頼内容	<依頼内容> <input type="checkbox"/> 通院困難 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> その他 <留意点> <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 老老介護 <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 経済的問題 <input type="checkbox"/> その他					
医療処置	<input type="checkbox"/> バルン Fr <input type="checkbox"/> 酸素 L <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位 ) <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 腎瘻・膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> その他					
緊急時の 対応	入院希望 : 有・無 受入先病院: DNR確認 : 済・未 緊急時受入れ 可・不可					
特記事項 ・本人の思い ・家族の思い ・疼痛 ・食事量変化 ・その他	..... ..... ..... ..... .....					

初回訪問日: 年 月 日( ) 時 分

ライフ訪問看護ステーション