



新規訪問診療 問合せ票

相談日 平成 年 月 日

※太枠内を分かる範囲でご記入下さい。住所につきましては訪問エリアを確認致しますので、町名の丁目までは必須でお願い致します。

フリガナ	生年月日	年	月	日	歳	男・女	TEL
ご氏名	住所 〒						駐車場 有・無
【家族構成】	キーパーソン： 続柄： 連絡先：			【居宅介護支援事業所・ご担当のケアマネージャ様】 ご事業所名： TEL/FAX： ケアマネージャ様：			
【現在までの経過・病歴】 褥瘡 なし・あり（部位： ）・不明 感染症 なし・あり（ ）・不明 認知症 なし・あり（軽・中・重）・不明	かかりつけ医 なし・あり 医療機関名： 診療情報提供書 なし・あり・依頼中			【医療行為】 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 胃瘻（ Fr） <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル（ Fr） <input type="checkbox"/> 吸引・吸入 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素（ ℓ/分） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ（ Fr） <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 点滴（末梢・IVH・CVポート）			
【現在の処方】 ※お薬手帳や薬状の写しがあれば不要です。	【介護サービス状況】※往診日調整の参考までに分かる範囲で簡単にご記入下さい。 ※サービス提供票を頂けますと記入は不要です。						
【介護度】要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 【医療負担割合】1割・3割・その他（ ） 【初診日のご希望がある場合】 日までに。 【生活保護の方】 受給区 担当者 【現在入院中・施設入所中の方】 自宅に戻る予定日： 日	月	火	水	木	金	土	日
	AM						
	PM						

※下記は必須ではありません。もしお分かりになればご記入頂けると幸いです。

【身体状況】 移動 歩行・車椅子・ベッド上 食事 自立・一部介助・全介助・なし 一日 食（朝・昼・晩） 排泄 失禁（なし・あり） オムツの有無：なし・あり 清潔 清拭・入浴 更衣 自立・一部介助・全介助・なし 整容 自立・一部介助・全介助・なし	麻痺 なし・片麻痺（右・左）・対麻痺 筋力の低下 部位（ ） 軽・中・重 関節の拘縮 部位（ ） 軽・中・重 関節の痛み 部位（ ） 軽・中・重 失調・不随意運動 部位（ ） 軽・中・重 視覚障害 なし・あり 聴覚障害 なし・あり（右・左） 言語障害 なし・あり 意思疎通 自立・一部介助・全介助・なし
【認知症周辺状況】※認知症の方の場合 短期記憶 問題あり・問題なし 意思伝達能力 可能・幾らか困難・具体的欲求のみ・不能 周辺症状 幻聴・幻覚／妄想／昼夜逆転／暴言／暴行／介護への抵抗／徘徊／火の不始末口 屋外歩行 自立・要介助・不能 歩行補助具・装具の使用 用いていない・屋外で使用・屋内で使用 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる・全面介助 現在の栄養状態 良好・不良 →栄養・食生活上の留意点（ ）	意思決定能力 自立・幾らか困難・見守りが必要・判断不能