

### 南大和訪問診療申込書

患者番号			
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 ( 歳)
住所		電話	自宅 ( ) 携帯 ( )
		申込者	続柄
主な傷病名			
既往歴			
現在の状況	病状		
	<<医療処置・看護>> <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> ストマ・畜尿袋 <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<<ADL>> 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	<<認知症>> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<<介護保険・利用サービス>> <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 介護度：要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2    要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ケアマネ： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    事業所名：    担当者： <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 通所介護		
主介護者		続柄	
住所		電話	( )
副介護者		続柄	電話 ( )
特記事項			