

訪問診療相談申し込みシート

患者様氏名		ふりがな		性別		男・女			
生年月日		大正・昭和・平成		年 月 日		年齢 歳			
住所		北九州市							
TEL		() -							
キーパーソン		氏名: 続柄() 同居・別居							
		TEL:							
介護認定の状況		有・無(申請中・未申請)							
		<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)							
主たる傷病名		(1)		(2)		(3)			
診療依頼科		<input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科							
依頼目的		症状: 部位:							
		経過:							
患者様の状態		<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他()							
日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
かかりつけ医療機関						主治医: 先生			
紹介状		<input type="checkbox"/> FAX済み <input type="checkbox"/> 依頼済み							
処方箋の取扱い		連携薬局(薬局)							
		<input type="checkbox"/> 連携薬局にFAX(その後原本郵送) <input type="checkbox"/> その他()							
		FAX: -		TEL: -					
訪問先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設()							
		施設住所:北九州市							
		TEL:				駐車場: 有・無			
ケアマネージャー		氏名:				TEL:			
訪問看護ステーション						TEL:			
Medical Care Station (医療介護コミュニケーションツール)		有・無							
		メールアドレス:							
医療費のお支払い		<input type="checkbox"/> 当院窓口支払い <input type="checkbox"/> お振込み <input type="checkbox"/> その他							
備考欄									
依頼者様						事業者名:			
TEL	() -								