東名古屋医師会「やまびこ」　宛

**取扱注意**

令和　　　年　　　月　　　日

所属

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　職種

**訪問診療医選任依頼書**

|  |
| --- |
| **患者名**　（イニシャルのみ）　　　　　　　　　　　　**T / S / H**  **男　　・　　女　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　生** |
| **住　所**（番地までは不要）  **市** |
| **傷病名** |
| **経過、現在の状態、治療内容等** |
| **現在必要な医療行為**  　中心静脈栄養（ポート　有　・　無）　・　末梢点滴(適宜　・　持続)　・　経管栄養（経鼻　・　胃瘻）・ 酸素吸入  ストマ　・ バルーン　・　褥瘡処置　・　血糖測定　・　インシュリン注射　・　麻薬投与  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **日常生活動作（ADL）の状況**  　〈移動〉　自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助　　　　　〈食事〉　自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助  　〈排泄〉　自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助　　　　　〈入浴〉　自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助  　〈意思の伝達〉　問題なし ・ 少し困難 ・ 困難 ・　難聴 ・　認知症 ・ 徘徊 ・ せん妄 |
| **介護保険**　**：**　　あり［要支援（　　） ・ 要介護（　　）］ ・ なし ・ 申請中（　　／　　）　・　区変中（　　／　　）  **・利用中のサービス　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・訪問看護利用**有　・　無  **ケアマネジャー**　所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：  　　　　　　　　　連絡先℡： |
| **家族状況・主介護者について** |
| **本人・家族の意向（医療機関への要望等）** |