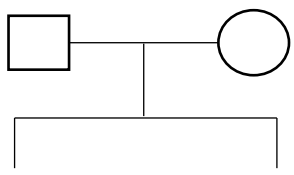


FAX 042-497-2276 TEL 042-497-2275

訪問診療依頼票

お手数ですがわかる範囲で依頼票のご記入をお願いします。

フリガナ 患者氏名	家族構成		ご紹介事業所	
	 <p>キーパーソン： 続柄： 介護力：</p>		ご連絡先	TEL FAX
ご担当者				
ADL状況など				
移動			自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 車いす・寝たきり・他()	
食事			自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 常食・軟飯・流動食・摂取量 割	
排泄			自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 トイレ・PTトイレ・尿器・オムツ・他()	
入浴			自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 自宅・デイ・訪問	
更衣			自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
コミュニケーション			良好 ・ 可 ・ 具体的な訴えのみ ・ 不可	
病気への理解			本人 ご家族	
短期記憶障害	無・有()			
認知症周辺症状	無・有()			
視力障害：無・有()	睡眠：良好・可・不眠・眠剤使用			
聴力障害：無・有()	麻痺：無・部位()			
言語障害：無・有()	褥瘡：無・部位()			
現在までの経過		内服薬		
		※内服管理 良好 ・ 飲み忘れ有 ・ 不良		

※内服管理 良好 ・ 飲み忘れ有 ・ 不良