



ADL状況	食事摂取 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ポータブル ( ) 着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( ) 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり ( ) 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない ( ) 意思伝達 <input type="checkbox"/> 伝達可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> まれに可 <input type="checkbox"/> できない ( ) 意思決定 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> できない ( ) 認知機能 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
日常生活自立度	障害高齢者	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
	認知症高齢者	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <small>※IIa以下の場合、訪問診療の必要性を再確認させていただくことがありますのでご了承ください。</small>					
医療保険	健康保険証 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他						
	保険者番号	記号			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		
	被保険者番号	番号			<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担		
	重度心身障がい者医療受給者証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾患名: )						
標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 <small>※要介護1以下の場合、訪問診療の必要性を再確認させていただきますのでご了承ください。</small>						
	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
	保険者番号		被保険者番号				
	認定有効期間		平成 年 月 日 ~			平成 年 月 日	
担当介護支援専門員	事業所名			電話番号			
				FAX番号			
障害等認定	障害種類	障害等級	主たる疾病(障害)名				
	<input type="checkbox"/> 身障						
	<input type="checkbox"/> 療育						
	<input type="checkbox"/> 精神						
	<input type="checkbox"/> 難病						
障害程度区分 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6							
現在利用しているサービス利用状況(利用予定も含む)	<small>※時間等の記入も上記にお願い致します(例～訪問看護10:00～11:00)。訪問診療ができない時間帯等もご記載ください。</small>						
	サービス内容	月	火	水	木	金	週単位以外のサービス・特記事項
	午前						※サービス事業所名もご記載ください。
午後							
訪問看護	<small>※心身状態にもよりますが、出来る限り訪問看護の利用も訪問診療と合わせてご検討ください(緊急訪問等の対応のため)。</small>						
	<input type="checkbox"/> 未導入 <input type="checkbox"/> 導入済 <input type="checkbox"/> 導入予定		事業所名				
初回訪問診療希望日	初回希望日	月 日 曜日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後			残薬状況		あと 日分
	訪問診療に関しては、通常、曜日や時間固定は出来ませんのでご了承ください。訪問診療時間はAM9:00～12:00 PM15:00～18:00で、原則月2回の訪問となります。その他、緊急時は”往診”にて対応致します。						
在宅療養に関する希望							
伝えていきたいこと							

※この用紙とともに、**診療情報提供書**、医療保険者証・介護保険被保険者証・介護保険負担割合証の写しも添付ください。その他、  
重度心身障がい者医療費受給者証・特定医療費受給者証・標準負担額減額認定証などがありましたら、合わせて添付ください。

**本輪西ファミリークリニック FAX 0143-55-3000 TEL 0143-55-1212**