



本輪西ファミリークリニック 訪問診療申込書

申込日 年 月 日

FAX 0143-55-3000

TEL 0143-55-1212

| | | |
|--------------------|--|---------|
| 申込者 (ケアマネ・MSW等) | 所属 | 連絡電話番号 |
| | お名前 | 連絡FAX番号 |
| 申込理由 | ※通院が困難な理由(訪問診療が必要な理由)をご記載ください。施設入所者等につきましては、基本要介護3以上が対象となります。 | |
| 利用同意 | <input type="checkbox"/> 利用回数(月2回訪問)・料金(例～在宅で月2回訪問で交通費含め1割負担で1万円程度)について同意している。 <input type="checkbox"/> 家族外来面談(施設入居者のみが対象)可 <input type="checkbox"/> 不可(理由:) | |

| | | |
|------|---|---|
| 患者氏名 | フリガナ | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 歳 |
| | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |

| | |
|------|------|
| 自宅住所 | 電話番号 |
|------|------|

| | | | | | | |
|------------------------|-------------------------------------|-----|--------------------------|-----|-----|--|
| 現病歴・既往歴(かかりつけ病院・紹介元病院) | ※新しいものから記載し、現在の状況に関連するものは必ずご記載ください。 | | | | | |
| | 年 月 | 病 名 | 医療機関(主治医にレ点) | 診療科 | 医師名 | 在宅・入院 |
| | 年 月 | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中 |
| | 年 月 | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中 |
| | 年 月 | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中 |

| | |
|---------------------|---|
| 必要な医療処置(レ点をつけてください) | <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 他注射 経管栄養～ <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> ストマの管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> レスピレーター管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> その他 () |
|---------------------|---|

| | |
|------------|---|
| 医療材料(必要物品) | ※医療材料や必要物品等があればご記載ください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () |
|------------|---|

| | | |
|----------|--|---------|
| 末期癌の方の場合 | 本人への病名告知の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一部あり <input type="checkbox"/> なし | 告知の特記事項 |
| | 本人への予後告知の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一部あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 説明されている予後期間: 月 日 | |

| | | |
|---------------|--|-----------|
| 帰宅後の最期を希望する場所 | 本人～ <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> ホスピス <input type="checkbox"/> 紹介元 <input type="checkbox"/> 未定 | 延命処置の希望有無 |
| | 家族～ <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> ホスピス <input type="checkbox"/> 紹介元 <input type="checkbox"/> 未定 | |

| | | | | |
|------------------------------|---|--|-------------------|------------|
| 家族構成(家族図・同居者以外も分かる範囲でお願いします) | <ジェノグラム> ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む) | | 介護者(キーパーソン・緊急連絡先) | 1、氏 名 (続柄) |
| | | | | 住所 |
| | | | | 電話番号 |
| | | | | 2、氏 名 (続柄) |
| | | | | 住所 |
| | | | | 電話番号 |
| 3、氏 名 (続柄) | | | | |
| 住所 | | | | |
| 電話番号 | | | | |

| | |
|------|--|
| 世帯状況 | <input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 夫婦2人 <input type="checkbox"/> その他 () |
|------|--|

| | |
|------|--|
| 経済状況 | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 () |
|------|--|

| | |
|------|---|
| 住居環境 | <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 借 家 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 住宅改修～ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|------|---|

| | |
|-------------------|--|
| 現在の生活状況(家族関係等の状況) | |
|-------------------|--|

| | |
|-----------------|--|
| 今までの生活状況(出生状況等) | |
|-----------------|--|

| | |
|--------|--|
| 趣味・楽しみ | |
|--------|--|

| | | | | | | | |
|---------------------------|--|---|---|--------------------------------|---|---|--|
| 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 | ※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。 | | | | | |
| 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 | | ※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。 | | | | |
| | <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) | ※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。 | | | | | | |
| | サービス内容 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | |
| | 午前 | | | | | | |
| 午後 | | |  | | | | |
| 訪問看護 | ※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)。 | | | | | | |
| | <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 | |
| | 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。 | | | | | | |
| ACPIについて | ・本人又は家族はACPを知っているか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※ACP～アドバンス・ケア・プランニングの略 | | | | | | |
| | ・ACPIについて話し合いをしたことがあるか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | |
| 伝えていきたいこと、気になること等 | | | | | | | |

※本輪西ファミリークリニックはACP活動を推進しています。

※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