訪問診療 インテークシート

送付先：**小川小児科内科医院 訪問診療部**
FAX 0545-36-2101 ／ TEL 050-5783-5090（24時間受付）

記入日	年　月　日	希望開始日	年　月　日ごろ（退院予定日など）

1. ご依頼者

所属	事業所・医療機関・施設名		
職種	☐ ケアマネジャー ☐ 医療ソーシャルワーカー　☐ 看護師 ☐ 医師　☐ 施設職員　☐ 家族　☐ その他	氏名	
電話		FAX	

2. 患者さん

ふりがな			
氏名			
生年月日	年　月　日（　歳）	性別	☐ 男　☐ 女
住所	〒 施設入居中の方は施設名も		
電話		住まい	☐ 自宅（独居）　☐ 自宅（同居）　☐ 施設

3. ご家族・キーパーソン

キーパーソン	氏名（続柄）	連絡先	
家族構成	同居の家族、主な介護者など		
契約の同席	契約・初回の訪問に同席できる方、方針を決める方（例：長男さんが同席可、平日午後）		

4. 保険・受給者証

医療保険	☐ 後期高齢者　☐ 国保　☐ 社保　☐ その他　負担割合　割
介護保険	☐ 申請なし　☐ 申請中　☐ 要支援（1・2）　☐ 要介護（1・2・3・4・5）　有効期間
受給者証など	☐ 生活保護　☐ 指定難病　☐ 重度障害者医療費助成（マル福）　☐ 身体障害者手帳　☐ その他

5. 病状

主な病名	
既往歴	
病状の説明	ご本人・ご家族への病名や見通しの説明状況
感染症	☐ なし　☐ あり　（MRSA など）　☐ 不明　アレルギー

6. 生活の様子

移動	☐自立 ☐杖・歩行器 ☐車いす ☐寝たきり	食事	☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 ☐経管
排せつ	☐自立 ☐一部介助 ☐おむつ ☐カテーテル	認知機能	☐問題なし ☐物忘れあり ☐認知症

7. 医療処置（該当するものに✓）

☐在宅酸素 ☐吸引 ☐気管切開 ☐人工呼吸器 ☐胃ろう ☐経鼻栄養 ☐中心静脈栄養・ポート ☐点滴
☐尿道カテーテル ☐膀胱瘻 ☐ストーマ ☐褥瘡 ☐インスリン ☐痛みの治療（医療用麻薬を含む） ☐透析 ☐その他

内容・頻度・使用中の物品（カテーテルの種類・サイズ、交換日など）

8. 通院先・入院先

現在の通院先	医療機関名・診療科・主治医 ほかの診療所に内科で通院中の方は、訪問診療の開始とともに主治医が当院に変わります（病院の専門外来は継続できます）
入院中の方	病院名・病棟・担当の相談員／退院予定日／退院前カンファレンスの予定
紹介状	☐あり（同封） ☐後日送付 ☐なし

9. 利用中・利用予定のサービス

ケアマネジャー	事業所名・担当者名・電話
訪問看護	ステーション名・電話（未定の場合はその旨）
薬局	薬局名・電話／訪問服薬指導（配達）の有無
その他	デイサービス、ショートステイ、訪問介護、福祉用具など

10. ご依頼の内容・ご本人とご家族の希望

ご依頼の理由	☐通院が難しい ☐退院後の療養 ☐がんの痛みなどの緩和 ☐在宅での看取り ☐医療処置の管理 ☐その他
療養の希望	最期を過ごしたい場所、急変時の入院の希望、延命治療についての考えなど（わかる範囲で）
訪問診療の説明	☐ご本人に説明済み ☐ご家族に説明済み ☐まだ　ご本人・ご家族の同意が得られているか
連絡事項	訪問時の注意（駐車場所、ペット、鍵の扱い、連絡のつきやすい時間）など

同封・送付する書類

☐診療情報提供書（紹介状） ☐お薬の内容（お薬手帳の写し） ☐検査結果 ☐看護・リハビリのサマリー
☐ケアプラン（第1〜3表） ☐保険証などの写し

医療法人社団富岳会 小川小児科内科医院 訪問診療部　〒417-0809 静岡県富士市中野568-4　FAX 0545-36-2101 ／ TEL 050-5783-5090