

# 健生石井クリニック 訪問診療事前確認シート

分かる範囲でご記入ください 年 月 日 記入

## ご依頼者

お名前		患者様との関係	
TEL		所属機関	

## 患者様

フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 歳)
お名前			
住所	〒		
TEL			

## 主な疾病

	病名	医療機関
1		
2		
3		
その他		
癌の場合 告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	認知症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

## 療養状況

現在の療養の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
主な介護者		家族構成	
同居者			
介護度		ケアマネ事業所・TEL	担当者

## 日常生活動作(ADL)

歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可能	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 胃瘻・経管栄養 <input type="checkbox"/> 点滴
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可能	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 私ツ

## 必要な医療処置など

<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> CVポート	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 気管切開
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置	<input type="checkbox"/> 尿道バルーンカテーテル		
<input type="checkbox"/> 人工肛門・膀胱	<input type="checkbox"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> その他 ( )			

## これまでの経過と現在の病状

--