

新規依頼票 (訪問診療・訪問リハビリ) 通所リハビリ

わかる範囲でご記入をお願いします。FAXが届きましたらご連絡させていただきます。

システム・料金等についてご納得頂きましたら開始させていただきます。

ご依頼者			患者様との関係			
所属機関名			連絡先電話番号			
フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
住所	〒		家族構成			
	駐車場所：なし・あり ()					
電話番号	自宅： 携帯：					
キーパーソン	氏名：	続柄：	電話：			
	同居・別居 (住所：〒 -)					
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 () (/ 頃まで) <input type="checkbox"/> 施設 ()					
かかりつけ医	病院名：	担当医：	連絡先：			
病名						
既往歴						
内服薬	(お薬手帳のコピーでも可)					
経緯・状況						
医療・介護上の 問題点						
健康保険	国保・後期・社保 (いずれかに○を)	負担割合：1割・2割・3割		公費：あり・なし		
介護認定	非該当・要支援 (1・2) ・要介護 (1・2・3・4・5) ・申請中・区分変更中					
負担割合	1割 ・ 2割		(介護保険被保険者証・負担割合証についてはコピーを添付)			
担当ケア マネジャー	事業所：				電話：	
	担当者：				FAX：	
訪問看護	なし・あり (事業所名：			電話：)		
居宅 サービス	①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤その他 () (以下に番号を)					
		月	火	水	木	金
	AM					
	PM					
ADL	移動 (自立・介助必要・車いす・寝たきり) 食事 (自立・介助必要・経管栄養・中心静脈栄養) 排泄 (・トイレ (自立・介助必要) ・PTイレ (自立・介助必要) ・おむつ・尿カテーテル) 入浴 (・自宅 (自立・介助必要) ・訪問入浴・デイにて) 精神症状 (幻覚・妄想・徘徊・昼夜逆転等) コミュニケーション 支障なし・あり (難聴・認知症・高次脳機能障害・その他 ())					