

事前依頼シート(わかる範囲でご記入ください)

| | | | | | |
|------|--|------|--|-----|-----|
| 事業所名 | | 担当者名 | | 連絡先 | () |
|------|--|------|--|-----|-----|

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------------|----------------------------|-----------------|-------------------------------------|----------------|-----------------------------|-------|------|-------|
| 患者情報 | フリガナ | | 生年月日 | 大正・昭和 平成・西暦 | 年 月 日(歳) | 性別 | 男・女 | | |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | 駐車スペース | あり・なし | | |
| | 本人連絡先 | () | 緊急連絡先 | () | 名前 | 続柄 | | | |
| | 病名 | | | 紹介医療機関名 入院医療機関名 | | | | | |
| | 公費助成等 | 身体障害者手帳 | あり・なし | 福祉医療 | あり・なし | 限度額適用認定証 | あり・なし | 難病手帳 | あり・なし |
| | 介護保険 | あり・なし | 申請中(新規・区変) | | 介護度 | 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 | | | |
| | 障害高齢者の日常生活自立度 | 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | | | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M | | | |
| 家族構成(図) | | 在宅サービス | デイサービス | あり・なし | | | | | |
| | | | ショートステイ | あり・なし | | | | | |
| | | | 訪問ヘルパー | あり・なし | | | | | |
| | | | 訪問入浴 | あり・なし | | | | | |
| | | | 訪問看護 | あり・なし | | | | | |
| | | | | あり・なし | | | | | |
| | | | | あり・なし | | | | | |
| 医療情報 | 胃ろう | あり・なし | 薬剤情報 | わかる範囲でご記入ください。難しい場合は資料を FAXでも構いません。 | | | | | |
| | 人工呼吸器 | あり・なし | | | | | | | |
| | パルーン | あり・なし | | | | | | | |
| | カテーテル | あり・なし | | | | | | | |
| | | あり・なし | | | | | | | |
| | | あり・なし | | | | | | | |
| 服薬状況 | 問題なし・問題あり → 飲み忘れが多い・錠剤が飲めない・その他() | | | | | | | | |
| 薬剤師の訪問希望 | あり・なし | 処方箋の受け渡し | 自宅・薬局へ送付(薬局名:) | | | | | | |
| 自由記載(ご本人の性格・医療に関する希望・生活環境など) | | | | | | | | | |

ご協力ありがとうございました。
大西内科医院 TEL:0773-22-3620 FAX:0773-22-1828