

患者様ご紹介シート

ご施設名: _____ ご担当者名: _____

電話番号: _____ FAX番号: _____

メールアドレス: _____

訪問診療介入理由・症状

--

患者さまについて確認させていただきたいこと

住所:

名前: _____ 生年月日: _____ (_____ 歳)

連絡先:

生活形態: 独居・同居(_____) キーパーソン: (_____)

ケアマネジャー: 有・無

→有の場合: (事業所名: _____ / 担当者名: _____ / 連絡先: _____)

在宅医: 有(診療所名: _____)・無

→有の場合: 診療情報提供書・薬剤情報を当院へお送りください

訪問看護: 有・無

→有の場合: (事業所名: _____ / 連絡先: _____)

訪問リハビリ: 有・無

→有の場合: (事業所名: _____ / 連絡先: _____)

在宅医療療養指導管理料: 算定有(算定項目: _____)・算定なし

必要な医療処置

→現在の創部処置: (部位: _____)

処置内容: (_____)

→点滴ルート: 有(ポート・PICC・ _____)・無

→ストマ、バルンカテーテル: 有(種類: _____ : 交換頻度 _____)・無

→経管栄養: 有(経鼻・胃瘻・腸瘻)→投与製剤(_____)・無

→その他: (_____)

入院中・外来通院中

→入院中の場合)退院時カンファレンス: 有(形式: 対面・ZOOM)・無

カンファレンス実施済: (_____ 月 _____ 日)

介護保険: 有(介護度: _____)・無・申請中・区分変更中

障がい者手帳: 有(_____ 級)・無 難病手帳: 有・無

介護サービス利用状況(サービス内容・曜日・時間・帰宅時間)

--

透析について: 有・無

→有の場合(病院名: _____ / 曜日: _____)

時間: _____ / 帰宅時間: _____)

TOWN訪問診療所福岡 TEL/092-400-5656 FAX/092-400-5658

MAIL/fukuoka@townhomecare.com

福岡県福岡市城南区別府2-10-19 デルコホームズ別府1階