

訪問診療導入シート

下の質問に対して回答が不明の場合は「わからない」と入力してください。

貴院・貴所から当院に患者様を紹介いただく際に、患者様の診療情報をご記入いただいております。この情報をもとに訪問診療が可能かどうかを当院にて検討いたします。ご協力くださいますようお願い申し上げます。

2020年3月12日
こずかた診療所所長

*必須

貴院・貴所を下記より選んでください*

選択

【「その他の診療所」または「居宅介護支援事業所」の方へ】貴院・貴所の名称をご記入ください

回答を入力

このフォームを入力している方のお名前をご記入ください*

回答を入力

患者様は当院に受診したことはありますか*

はい

いいえ

患者様のお名前のイニシャルを教えてください（お名前は電話等で直接お知らせください）*

回答を入力



患者様のご年代を教えてください（実際のご年齢は電話等で直接お知らせください） *

- 10代
- 20代
- 30代
- 40代
- 50代
- 60代
- 70代
- 80代
- 90歳以上

患者様の性別を教えてください *

- 女性
- 男性

患者様の居住場所の郵便番号を教えてください *

回答を入力

現在の主な病名 *

回答を入力

主病などのこれまでの経過（処方内容も含めて。インスリン療法をしている場合もその内容を含めて記入してください） *

回答を入力



既往歴（なければ「なし」とご記入ください） *

回答を入力

内服薬（なければ「なし」とご記入ください） *

回答を入力

アレルギー *

ない

ある

【アレルギーがあると回答した方へ】具体的にどんなアレルギーですか

回答を入力

【日常生活動作】移動動作について *

選択

【日常生活動作】入浴について *

選択

これまでの職業 *

回答を入力



趣味・好きなこと・得意なこと *

回答を入力

患者様やご家族が大切にしていること *

回答を入力

家族構成（例：夫と同居、長男は盛岡に在住、長女は仙台に在住） *

回答を入力

キーパーソン（およびそのキーパーソンの居住場所） *

回答を入力

医療保険の種類 *

- 国民保険
- 社会保険
- 前期高齢者医療保険
- 後期高齢者医療保険
- 特定疾患医療受給者
- 身体障害者認定者
- 重度（中等度）心身障害者医療費受給者
- 特別障害者手当
- 生活保護受給者
- その他



介護保険はあるか（現在未申請であれば、この情報送信の後に、できるだけ早く申請されることをお勧めします） *

回答を入力

食事はだれが作っているか *

回答を入力

食事形態は何か *

- 普通食
- とろみ食
- きざみ食
- 栄養補助剤
- その他:

家族が不在になり、患者が自宅で1人だけになるときはありますか？ *

- ない
- ある

経管栄養をしているか *

- いいえ
- はい

酸素療法をしているか *

- いいえ
- はい



酸素療法をしている場合、どのような内容ですか（例：鼻カニューレで酸素1/min）

回答を入力

吸引は必要か *

- いいえ
- はい

定期的に点滴や中心静脈栄養はあるか *

- いいえ
- はい

【定期的に点滴や中心静脈栄養をしている方】どのような点滴内容か

回答を入力

【定期的に点滴や中心静脈栄養をしている方へ】CVポートはあるか

- いいえ
- はい

インスリン療法をしているか *

- いいえ
- はい

糖尿病を既往にもっている場合、最終HbA1cはいつで、どのくらいですか

回答を入力



糖尿病を既往にもっている場合、糖尿病の合併症予防目的で、眼科に定期的に通院していますか

いいえ

はい

認知機能低下はあるか *

いいえ

はい

認知機能低下がある場合、どの程度か（「認知症高齢者の日常生活自立度」や「長谷川式スケール」でどのくらいか）

回答を入力

ケアマネージャーのお名前、事業所名、連絡先（電話番号や、メールアドレスがあればメールアドレスも含めて）を記入してください *

回答を入力

しばしば利用している薬局はあるか *

回答を入力

訪問看護はどこか（なければ、「ない」「必要ない」と記入してください。なお、訪問看護サービスがこれまでになければ、当センターの訪問看護ステーションやはばがご相談に乗れます TEL：019-698-1388） *

回答を入力



現在介護保険で利用しているサービスを教えてください（サービス名、事業所名、利用する時間帯・曜日）。通所リハビリ・デイサービス・ヘルパーサービスも含めます*

回答を入力

終末期の医療やケアに関する事前意思に関する計画（Advance Care Planning [ACP]人生会議）はできているか*

- いいえ
- はい
- わからない

入院が必要になった場合の入院希望先（後方病院）はどこか（なければ、「ない」と記入し、その理由も記入してください）*

回答を入力

急変時の対応内容は何か（なければ、「ない」と記入し、その理由も記入してください）*

回答を入力

病名をどのように告知されているか。告知されていない場合は「告知されていない」と記入してください。*

回答を入力

予後をどのように告知されているか。告知されていない場合は「告知されていない」と記入してください。*

- いいえ
- はい



送信

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。 [不正行為の報告](#) - [利用規約](#) - [プライバシーポリシー](#)

Google フォーム

