

【ご依頼元】施設名：

TEL：

担当者：

<p>基本情報</p>	<p>氏名： (フリガナ：) 生年月日： 年 月 日(満 歳) 性別： <input type="checkbox"/>男性 <input type="checkbox"/>女性 住所： 入院前のサービス利用 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(内容：)</p>	<p>事業所名： 担当ケアマネージャー名： 保険医療：<input type="checkbox"/>社保 <input type="checkbox"/>国保 <input type="checkbox"/>生保 <input type="checkbox"/>労災 介護保険：<input type="checkbox"/>未申請 <input type="checkbox"/>申請中 <input type="checkbox"/>認定済(介護度) 身障手帳：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (種 級) 特定疾患医療給付：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p>
<p>既往と経緯</p>	<p>病名： 既往： 在宅診療導入の経緯：</p>	
<p>身体情報</p>	<p>① 寝たきり度：<input type="checkbox"/>J <input type="checkbox"/>A1 <input type="checkbox"/>A2 <input type="checkbox"/>B1 <input type="checkbox"/>B2 <input type="checkbox"/>C1 <input type="checkbox"/>C2 ② 麻痺：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(部位：) ③ 起居・移動：<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>座位 <input type="checkbox"/>起居不能 <input type="checkbox"/>その他() ④ 歩行：<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>杖 <input type="checkbox"/>歩行器 <input type="checkbox"/>車椅子 (<input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助) ⑤ 意思の伝達：<input type="checkbox"/>出来る <input type="checkbox"/>時々出来る <input type="checkbox"/>ほとんどできない <input type="checkbox"/>出来ない</p>	
<p>医療処置の必要性</p>	<p><input type="checkbox"/>褥瘡 <input type="checkbox"/>注射 <input type="checkbox"/>点滴 <input type="checkbox"/>経管栄養 <input type="checkbox"/>IVH <input type="checkbox"/>吸引 <input type="checkbox"/>HOT <input type="checkbox"/>気管カニューレ <input type="checkbox"/>人工呼吸器 <input type="checkbox"/>膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/>腎瘻・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/>ストマケア <input type="checkbox"/>自己導尿 <input type="checkbox"/>CAPD <input type="checkbox"/>疼痛管理 詳細：</p>	
<p>家族的社会的情報</p>	<p>・住まい：<input type="checkbox"/>独居 <input type="checkbox"/>同居() ・家族の支援体制：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無(主介護者： 協力者：)</p>	
<p>備考</p>		

