

問診票(訪問診療・訪問リハビリ) 下記の内容についてご記入をお願いします(わかる範囲で構いません)

記入日		年 月 日		生年月日		年齢	
フリガナ				大・昭・平		歳	
氏名				年 月 日			
住所		〒		電話番号		- -	
				携帯番号		- -	
依頼者氏名				様			
患者様との関係				介護認定 有・無・申請中			
ケアマネジャー				介護度 支・介 (1・2・3・4・5)			
施設名				訪問看護・介護サービス			
TEL - -				施設名			
TEL - -				TEL - -			
かかりつけ病院・診療所							
科 先生							
キーパーソン							
《病名》							
《経過・状況》							
《家族構成・主たる介護者》							
《ご本人・御家族の要望》							
食事		<input type="checkbox"/> 自力摂取 箸・スプーン		<input type="checkbox"/> 介助		<input type="checkbox"/> 経管栄養	
移動	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助		/ 支持物 (伝い・杖・歩行器)			
	車椅子	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助		<input type="checkbox"/> 寝たきり			
整容		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助	
更衣		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助	
トイレ		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助		<input type="checkbox"/> ポータブル		<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル	
入浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助		<input type="checkbox"/> 訪問入浴			
現在のサービス ①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー							
		月	火	水	木	金	土 日
AM							
PM							

プライマリーケアクリニック

TEL,03-5301-0360 FAX,03-5301-0362