

依頼者:		TEL:		
ふりがな	生年月日	昭和	年 月 日 歳	
本人氏名:		現在の療養の場		
住所:		TEL:		
主な疾病		医療機関名・診療科・担当医		
1				
2				
3				
4				
感染症	B型肝炎 (-)    C型肝炎 (-)    梅毒 (-)			
ADL	着替:			
	食事:			
	屋外歩行:			
	屋内歩行:			
	排泄:	オムツ:		
	入浴:			
	麻痺:	(部位: )		
医療処置	認知症:	コミュニケーション:		
	点滴:	(CV 末梢)	気切:	
	経管:	(胃瘻 NGチューブ)	インスリン:	
	尿カテ:	(尿カテ Fr 膀胱瘻)	褥瘡:	(部位 大きさ)
	酸素:		ストマ:	
	吸引:必要:		その他:	
	サービス	ケアマネ事業所名:	訪問回数:	回/週
様		訪問回数:	回/週	
訪問事業所名:		訪問回数:	回/週	
ヘルパー事業所名:		訪問回数:	回/週	
保険	医療 不明割 医療証:		限度額区分:	
	介護: 要支援 要介護	負担割合	割	

留意点

主介護者

その他の介護者

1. ご本人・ご家族は、主治医からどのような症状説明を受けていますか。  
 ・今後起こりうる合併症の説明、ご本人のお人柄等をご記載下さい。  
 ・また、処方内容もお分かりでしたら別紙にて添付をお願いします。

今後の通院	無 or 有	前医の在宅移行承諾	未 or 済
病名告知	未 or 済 (本人・家族)	予後告知	未 or 済 (本人・家族)
看取り	病院 or 自宅	急変時の受入	不可 or 可
退院時カンファ	不可 or 可	直近入院日	年 月 日

お名前: (続柄: 妻) 様 同居・別居

お人柄:

理解力(無・有)、仕事(無・有: 時~ 時)、介護力(無・有)、体力(無・有)、認知症(無・有)

---

お名前: 様 同居・別居

理解力(無・有)、仕事(無・有: 時~ 時)、介護力(無・有)、体力(無・有)、認知症(無・有)

お名前: (続柄: ) 様 同居・別居 (市 区)

お人柄:

理解力(無・有)、仕事(無・有: 時~ 時)、介護力(無・有)、体力(無・有)、認知症(無・有)