

分かる範囲で大丈夫です。空欄があっても、そのままFAXしてください。

1 ご依頼元

申込日 _____ 担当者 _____ TEL _____

事業所・病院名 _____

2 利用者情報

氏名 _____ 生年月日 / 年齢 _____

住所 _____

電話番号 _____ キーパーソン _____

3 保険・主治医・ケアマネ

分かる範囲で

介護保険 ☐ あり ☐ 申請中 ☐ なし / 不明 要介護度 _____

医療保険・公費 _____

主治医 医療機関 _____ 医師名 _____

ケアマネ 事業所 _____ 担当者 _____ TEL _____

4 病歴・現在の状況

自由記載でOK

☐ 入院中 ☐ 自宅 ☐ 施設 退院予定日 _____ 退院前カンファ ☐ 希望

病名・既往歴、現在の症状、処置、退院後に心配なことなど、分かる範囲でご記入ください。

5 訪問希望・依頼内容

当てはまるものに○をつけてください

開始希望 ☐ できるだけ早く ☐ 退院日から ☐ 未定 希望日 _____

希望曜日・時間帯 _____

- | | | |
|----------------|--------------|-----------|
| ・ 癌末期 | ・ 在宅酸素 (HOT) | ・ ストーマ |
| ・ 看取り | ・ 気管切開 | ・ 褥瘡 |
| ・ PCA・持続皮下注 | ・ 吸引 | ・ 精神科訪問看護 |
| ・ CVポート / PICC | ・ 胃ろう | ・ リハビリ |
| ・ 人工呼吸器・NPPV | ・ 経管栄養 | |
| | ・ 尿道カテーテル | |

6 特に相談したいこと・ROKUに伝えておきたいこと

まずはこの1枚だけFAXでOK。詳しい情報は担当者から確認します。