東小金井さくらクリニック　訪問診療相談シート

ご記載日　　年　　月　　日

ふりがな	性別	男	生年月日	年　　月　　日		歳
			T・S・H			
患者様氏名		女	介護認定　有・無			
			介護度　　支／1・2　介（1・2・3・4・5）			
住所　〒						
連絡先			キーパーソン氏名： 連絡先：			
主な傷病名						
病歴						
既往歴						
かかりつけ医						
申し込み理由・現在の状況						
特に困っていること						
訪問診療開始希望時期			年　　月　　日			

医療行為（該当する場合は、□に✔をいれていただき詳細を記載ください。

- □　胃ろう（サイズ：　　Ｆｒ）
  - 栄養剤名（　　）
- □　経鼻経管栄養（サイズ：　　Ｆｒ）
  - 栄養剤名（　　）
- □　中心静脈栄養（ＩＶＨ）
- □　膀胱留置カテーテル（サイズ：　　Ｆｒ）
- □　気切カニューラ
- □　在宅酸素
- □　インシュリン注射（薬剤名：　　）
  - 朝（　　単位）昼（　　単位）夕（　　単位）その他（　　単位）

□　その他：

ＦＡＸ送付先：０４２－３８２－３７５６