在宅医療担当医紹介依頼シート（ご家族用）

ちょうふ在宅医療相談室　宛て

患者氏名（ｲﾆｼｬﾙ）	・	性別	男 ・ 女	年齢	歳
住所（丁目まで）					

現在の状況	通院中 ・ 入院中 （退院予定日:　　）
病　　名	
介護認定	未申請 ・ 申請中（申請日:　　） ・ 自立 ・ 支1 ・ 支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5
担当ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ	所属事業所名
家族構成	独居 ・ 同居者あり　主介護者　なし ・ 配偶者 ・ 子 ・ 他（　　）
認知症	なし ・ 軽度 ・ 中重度　移動　歩行可 ・ 車椅子移動 ・ 移動不可
受診歴のある調布市内の医療機関名	なし ・ あり（　　）
特殊な医療	有 ・ 無
医療処置	経管栄養（ □胃瘻 ・ □経鼻胃管 ）　，　中心静脈栄養（ □カテーテル ・ □ポート ）
	□気管切開　，　□在宅酸素　，　□人工呼吸器　，　□膀胱留置カテーテル　，　□膀胱瘻
	□人工肛門　，　□ドレナージチューブ（部位:　　）　，　□褥瘡の処置
	□麻薬　，　□その他（　　）
在宅医に希望すること等	

お口の診察	□ 入れ歯の調整　□ お口の掃除　□ のみ込みの検査
お口の状態	□ 食事に時間がかかる　□ むせやすい　□ 声が変わった（ガラガラ声） □ 舌が汚れている　□ その他（　　）

依頼年月日	お名前	
年　　月　　日	連 絡 先	TEL　　FAX