

## 福井市医師会 在宅主治医 依頼書

依頼日： 年 月 日

福井市医師会 御中

医療機関名：

依頼者氏名：

(医師・看護師・ケアマネジャー・MSW)

TEL：

FAX：

主治医氏名：

患者氏名(イニシャル)：

(男・女)

歳

住所：

市

町

主病名

①

②

③

④

ADL状態

①寝たきり度( J ・ A ・ B ・ C )

②認知症の状況( 無 ・ I ・ II ・ III ・ IV ・ M )

介護度

①要支援( 1 ・ 2 )

②要介護( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )

☞ 必要とされる在宅医療 (複数回答可)

在宅ターミナルケア・看取りがん性疼痛管理(麻薬処方)注射 ( 点滴 中心静脈栄養 )経管栄養 ( 経鼻 胃ろう )輸液ポンプ気管カニューレ人工呼吸器吸引在宅酸素尿道カテーテル腎ろう尿路ストーマ人工肛門膀胱ろうCVポート腹膜透析褥瘡処置 ( )その他 ( )

☞ 問題点・特記事項

☞ 訪問看護事業所名：

担当者名：

TEL：

☞ ケアマネジャー事業所名：

担当者名：

TEL：

☞ その他の事業所名：

担当者名：

TEL：