

在宅訪問診療についての問診票

この度、相談される方の情報（○印やお名前を記入下さい）

本人、家族（続柄・氏名 _____）、ケアマネージャー（氏名 _____）、
地域保健師・看護師（氏名 _____）、その他（ _____ ）

患者様の状態についての質問

①患者氏名；

②生年月日； M・T・S・H 年 月 日、年齢； 歳、 男・女

③住所；

④電話番号；

携帯電話；

⑤主病名

⑥病歴（いつごろから上記の病名で治療していますか。また、どこの病院で治療をされていますか。いままでかかったことのある病気についても教えてください。）

⑦服薬状況（現在飲んでいるお薬の内容を教えてください。）

⑧在宅生活で問題となっていること

ご家族や社会制度利用状況についての質問

⑨家族構成

（介護者名、キーパーソンに○をつけてください。）

⑩家族環境（日中は家族が留守、家で一人で過ごす、など）

⑪健康保険の種類； 国保、社保、その他（ ）

⑫介護保険の有無； 有（介護度； ）・無

⑬介護保険利用状況（どのようなサービスを利用されていますか。）

⑭担当ケアマネージャー名：

⑮訪問看護師が入っている場合、
訪問看護ステーション名（担当看護師の名前もわかれば教えてください。）

⑯その他、身体障害者手帳、難病手帳などお持ちであれば教えてください。

⑰病院からのご連絡先

氏名 （患者様との続柄； ）

住所

電話番号（日中連絡がとれる番号を教えてください）

FAX 番号