

訪問診療依頼書

FAX : 03-5664-0778

平成 年 月 日

フリガナ		年齢	性別	介護認定	介護度
お名前		歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
住所	〒			TEL	
保険証 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生保				身障手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療券 <input type="checkbox"/> 有 名称: <input type="checkbox"/> 無
				駐車場所 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [場所:]	

●依頼者

お名前	TEL
-----	-----

●ケアマネージャー

事業所	お名前	TEL
-----	-----	-----

●かかりつけ医、通院中または入院中の医療機関

機関名	先生	退院予定日	月 日 () ごろ
主病名		生活状況 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他:	
経緯・状況		問題点・処置準備 <input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 栄養[胃瘻] <input type="checkbox"/> 気道管理[吸引・気管切開] <input type="checkbox"/> 皮膚・褥そう <input type="checkbox"/> 排泄[オムツ・尿カテーテル・ポータブル] <input type="checkbox"/> その他 []	
家族構成	同居家族()名 <input type="checkbox"/> 独居		
主介護者(キーパーソン)	続柄()		

緊急連絡先	①	お名前	続柄	TEL
	②	お名前	続柄	TEL

ご本人・ご家族の要望

[]

現在のサービス ①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤訪問リハ ⑥訪問薬剤師

*該当の数字を入れてください

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

導入予定サービス 訪問看護 訪問薬剤師 デイ 訪問入浴 ヘルパー 訪問リハ

- ※ 1.当院では円滑な手続きのため、訪問診療の開始前に上記の内容についてご記入をお願いしております。
2.健康・介護保険証、障害者手帳、医療券の記載に関してはコピーをFAX頂いても結構です。