

訪問診療依頼票

依頼日 年 月 日

フリガナ 患者様氏名	男・女		生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)		
			身長体重	身長： cm / 体重： kg		
ご住所	〒		自宅TEL			
			携帯			
保険情報	国保・後期・社保・生保 / 身障・難病・ () 負担： 1割・2割・3割					
介護度	未申請・申請中・取得 (要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5)					
同居家族	有・無 家族構成：					
介護者様	フリガナ 氏名		歳	ご住所		
			続柄：	電話番号		
かかりつけ医	無・有 医療機関名：		診療情報提供書： 有・無			
既往歴	発症時期	病名	病院・主治医	治療状況	内服	
				治癒・入院歴・手術歴	有・無	
				治癒・入院歴・手術歴	有・無	
				治癒・入院歴・手術歴	有・無	
訪問看護	未介入・介入中・依頼済み 名称：		日時：	曜日	時～時	
訪問リハ	未介入・介入中・依頼済み 名称：		日時：	曜日	時～時	
デイサービス	未介入・介入中・依頼済み 名称：		日時：	曜日	時～時	
()	未介入・介入中・依頼済み 名称：		日時：	曜日	時～時	
()	未介入・介入中・依頼済み 名称：		日時：	曜日	時～時	
療養状況	在宅・入院・入所中：		退院退所予定日： 年 月 日			
医療処置	尿道カテーテル (Fr) ・ 経管栄養 (胃ろう・鼻腔) ・ 中心静脈栄養 気管切開カニューレ・点滴・インスリン注・酸素療法・その他 ()					
がん	病名の告知 (本人)： 無・有		病名の告知 (家族)： 無・有			
	余命の告知 (本人)： 無・有		余命の告知 (家族)： 無・有			
認知症	有・無	現状：				
内服管理	自立・一部介助・全介助		内服薬名：			
薬局	薬局名：		手渡し ・ 訪問薬局			
訪問診療に至る経緯						
ご紹介事業所	〒		フリガナ ご担当者様			
			ご連絡先			
ご住所	〒		FAX			
当クリニックへの要望 ケアプランの方向性等						