

訪問診療依頼書

平成 年 月 日

当クリニックでは訪問診療を円滑に開始するために下記の内容についてご記入をお願いしております。
分かる範囲でのご記入を頂きましたら、FAXあるいは郵送にてご返信ください。ケアプラン、フェイスシート、サマリー等、直近の情報もございましたら、合わせてご送付願います。

[氏名] 姓 様 男・女	明治 年 月 日 大正 昭和 歳
--------------------------	------------------------

[介護認定]	有 ・ 無 ・ 申請中	[介護度]	支 ・ 介 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
----------	-------------	---------	-----------------------------

現在	在宅(通院) 主治医 科 医師
	医療機関名:
	入院中 (退院日 /) 主治医 科 医師
	医療機関名:
	TEL: FAX: MSW:

訪問先住所	〒 TEL()
-------	-------------

建物	戸建 ・ 集合住宅 (階 号室)	駐車スペース場所 ()	無 ・ 有 ()
----	-------------------	--------------	-----------

緊急連絡先	① 氏名 男・女 続柄 () 同居・別居
	住所 TEL
	② 氏名 男・女 続柄 () 同居・別居
	住所 TEL

ご依頼主 本人・家族(関係:) ・ケアマネジャー ・ 他()

お名前 TEL

ケアマネジャー施設名	TEL	担当者名	訪問事業所名	TEL	担当者名
------------	-----	------	--------	-----	------

薬局名 家族受取 薬局宅配

[病名]

[経緯・状況]

[問題点・前段階準備]

↓ チェックを入れて下さい。

- 介護力
- 医療不信
- 内服管理
- リハビリ
- 栄養： CVポート・IVH・経管栄養・胃瘻・腸瘻・その他()
- 排泄： バルーンカテーテル・尿カテ・人工肛門・膀胱瘻・胃瘻・オムツ
- 呼吸： 在宅酸素・気管切開・人工呼吸器・ネブライザー・喀痰吸引
- その他： 褥創・インシュリン注射・人工透析・ペースメーカー
- 福祉用具： ベッド・車椅子・歩行器

[現在利用中のサービス] 下記へご利用の番号をご記入下さい。

①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤訪問リハビリ ⑥その他()

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							

[導入予定のサービス] ()

[後方連携] 定期 ・ 他科受診など予定も含めてご記入下さい。

[その他] ご希望、連絡事項等ありましたらご記入下さい。