

訪問診療依頼書

令和 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。

<b>[氏名]</b> カ		年齢 明治 大正 昭和	年 月 日 歳
<b>[介護認定]</b>	有・無・申請中	<b>[介護度]</b> 支・介 ( 1・2・3・4・5 )	
<b>[医療保険証]</b>	後期高齢者 割負担	<b>[介護負担割合証]</b> ( 1・2・3 )	
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:
<b>訪問先住所</b>	〒 TEL( )		
建物	戸建・集合住宅 ( 階 号室)	駐車スペース場所 ( )	無・有 ( )
<b>緊急連絡先</b>	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	
<b>ご依頼主</b>	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		訪問 事業所名 TEL 担当者名
<b>担当者名</b>	担当者名		
<b>薬局名</b>	<input type="checkbox"/> 家族受取 <input type="checkbox"/> 薬局宅配		

