

訪問診療依頼書

令和 年 月 日

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。

【ご依頼者様】 事業所名 ご担当者様名		TEL :	
【氏名】 カナ _____ 様 _____ 様	【年齢】 才	【性別】 男・女	【介護認定】 有・無・申請中
【生年月日】 大・昭・平 年 月 日	【介護度】 支援・介護 (1・2・3・4・5)		
【かかりつけ医療機関】		※訪問診療の導入にご同意済みの際は☑をお願いします ↓	
病院・診療所 (クリニック) _____ 科 _____ 先生 <input type="checkbox"/>			
病院・診療所 (クリニック) _____ 科 _____ 先生 <input type="checkbox"/>			
【主病名・病状】 ※癌の場合⇒告知 <input type="checkbox"/> 有 (予後説明 月単位・週単位) <input type="checkbox"/> 無	【医療行為】 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> バルーンカテ <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻栄養 <input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
【訪問先住所】 (入院中・自宅・施設入居) 〒 _____	【電話番号】 【駐車スペース】 有 ・ 無		
【医療保険情報】 保険証番号 : _____		負担割合証 : _____ 割	
【公費の有無】 (生活保護・医療費助成・障害者手帳・限度額適用認定証) 持っているものに○をご記入ください。			
【家族背景】 <input type="checkbox"/> 同居あり (_____) <input type="checkbox"/> 独居			
【キーパーソン】			
【ケアマネージャー】	事業所名 :	担当者名 :	TEL :
【訪問看護】	事業所名 :	担当者名 :	TEL :
【訪問服薬】	事業所名 :	担当者名 :	TEL :
【その他ご連絡事項】			