訪問診療依頼書

在宅診療所とっとり　行

FAX：０８５７－３２－８０６８　　TEL：０８５７－３２－８００８

記入日　　年　　月　　日

【紹介元医療機関・事業所名】（□　入院中の方はチェックを入れてください。）

医療機関・事業所名			
部署・職種・ご担当			
連絡先		FAX	

【訪問開始時期】

□調整でき次第　□急ぎ　□希望時期（　　年　月頃）

【患者様情報】

ふりがな		性別	□男性　□女性	
氏名		生年月日	年　月　日　生	
訪問先住所				
駐車スペースの有無　□有　□無				
電話番号				
キーパーソン		続柄		□同居　□別居（同市町村・県外）
連絡先				

【現在のご様子】

病名：
医療処置　□無し　□褥瘡　□在宅酸素　□中心静脈栄養　□胃瘻　□経鼻栄養
□気管切開　□膀胱留置カテーテル　□その他（　　）
(自由記入)

【医療保険・介護保険情報】

医療保険	□国保　□後期高齢　□難病　□特別医療　□生活保護
訪問看護	事業所名：
介護保険	□未申請　□申請中・変更中　□要支援（　　）　□要介護（　　）
居宅介護支援事業所：	担当者：
利用中のサービス	通い　□月　□火　□水　□木　□金　□土　□日
	泊り　□月　□火　□水　□木　□金　□土　□日

クリニック記入欄

□保険証確認　□紹介状確認　□カルテ作成　□面談（　　）　□初回訪問(　　)