

訪問診療依頼書

とっとり在宅ケア・漢方クリニック 行

FAX：0857-30-7762

TEL：0857-30-7760

相談窓口（医療ソーシャルワーカー）：090-9273-4165

月～金 8時30分～17時00分

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】

<input type="checkbox"/> 調整でき次第	<input type="checkbox"/> 急ぎ	<input type="checkbox"/> 希望時期（ 年 月頃）
---------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

【患者様情報】

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
電話番号			
キーパーソン		続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（同市町村・県外）
連絡先			

【現在のご様子】

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

【医療保険・介護保険情報】

医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 特別医療 <input type="checkbox"/> 生活保護
訪問看護	事業所名：
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中・変更中 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
泊り	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 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（ ）