

訪問診療依頼票

医療法人社団おおぞら会
つばさクリニック立川 地域連携室 行
TEL:042-518-9409 / FAX:042-518-9410

ご依頼日: 年 月 日

ご依頼者氏名:

訪問診療の正式なご依頼に際して、下記内容についてご記入下さい。所属機関:

基本情報については全ての欄をご記入頂き、FAXにてご返信下さい。TEL:

詳しい内容については、改めてお電話にてお尋ねいたします。FAX:

フリガナ		男・女	生年 月 日	T/S/H	年	月	日	歳
患者様 氏名								
住所	〒			①自宅	-	-		
				②携帯	-	-		
同居	なし・配偶者・父・母・子()、他()			駐車場所	無・有(自宅敷地内・路駐・他)			

フリガナ		続柄		住所	〒 ※患者様と同居の場合、右にチェックして下さい→ ☐			
主介 助者 (KP)								
連絡先	①自宅: - -		②携帯: - -		連絡可能な時間帯			
医療 保険	【主保険】負担割合(1・2・3)割・限度額認定証 区分()・生活保護()市 / CW名: ()							
	【公費】特定疾患・自立支援医療・他医療証()							
	障害者医療(マル障)・障がい者手帳・障害福祉サービス受給者証 区分(1・2・3・4・5・6・非該当)							
病歴 既往歴	※紹介状がある場合は不要です。書類をFAXにてお送り下さい。				かかりつけ	☐ なし ☐ あり		
特殊 医療処置	☐ 尿道カテーテル()Fr ☐ 経管栄養(胃瘻・経鼻・その他)				医療機関名	診療科:		
	☐ ストマ ☐ 在宅酸素 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 吸引 ☐ その他				主治医名			

◆介護情報

介護 保険	無 → 申請中・申請希望(する・しない) 有 → 要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5) 負担割合(1・2・3)割		ADL		【移動】 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ 寝たきり	
ケア マネ	事業所名: 担当者名: 電話番号: 携帯電話:				【食事】 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 【排泄】 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 【入浴】 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 【更衣】 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
訪問 看護	事業所名: 担当者名: 電話番号: 携帯電話:				【身長】 cm 【体重】 kg (/ 時点)	
利用中の 介護 サービス	①訪問看護 ②デイサービス ③ヘルパー ④他()				【飲酒】 ☐ なし・ ☐ あり (ml・1日 本/ 歳～ 歳)	
	月	火	水	木	金	土
	AM					
	PM					
精神 症状					【喫煙】 ☐ なし・ ☐ あり (1日 本/ 歳～ 歳)	
					【感染症】 ☐ なし・ ☐ あり (B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV)	
					アレルギー 薬剤 ☐ なし・ ☐ あり ()	
					食物 ☐ なし・ ☐ あり ()	
					【認知症】 ☐ なし・ ☐ あり ()	
					初診日の設定	

◆確認事項

訪問診療の同意	◇本人(承諾・拒否・検討中・未確認)◇家族(承諾・拒否・検討中・未確認)	
現在のご状況 / お困りごとやご要望		
残薬	まで	訪問薬局の希望 ☐ なし ☐ あり (希望の薬局名:)
ご協力いただき誠にありがとうございました。つきましてはFAX送付の際、患者様の本人確認のために健康保険証、介護被保険者証、負担割合証、手帳類、サマリ情報等の控えがあれば併せてお送りいただきますようお願い申し上げます。		