

訪問診療依頼票

医療法人社団おおぞら会 つばさクリニック地域連携室行
TEL:042-794-6814 / FAX:042-794-6687

ご依頼日: _____ 年 月 日

ご依頼者氏名: _____

当院では訪問診療の開始前に下記内容について記入をお願いしています。
お分かりになる範囲でご記入いただき、FAXにてご返送ください。
詳しい内容は、改めてお尋ねいたします。

所属機関: _____

TEL: _____

FAX: _____

基本情報

フリガナ			男・女	生年月日	年	月	日	(歳)
患者氏名								
住所	〒 町田市・八王子市・相模原市・()市				電話・携帯	-	-	
同居家族	なし・配偶者・父・母・子()、他()				駐車場所	無・有 ()		
フリガナ			続柄	住所・連絡先	〒 _____ ※同居の場合不要です			
KP					電話	-	-	
往診前日の時間連絡先	自宅・携帯・KP・CM・施設・その他				携帯	-	-	

医療情報

医療保険	【主】負担割合(1・2・3)割・限度額適用認定証 区分()・生活保護(市 / CW名)							
	【公費】特定疾患・自立支援医療・障害者医療(マル障)・他医療証()							
診断名既往歴					主治医	無・有 (有の場合、医療機関名・診療科も)		
医療処置	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル()Fr <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・経鼻・その他) <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> その他							
※診療情報提供書と重複する場合、空欄で結構です。書類をFAXください。								

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】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり		
CM	事業所名	担当者名	電話番号	【食事】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【排泄】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【入浴】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【更衣】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
現在のサービス	①訪看 ②デイサービス ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤その他()				精神症状			
	月	火	水	木		金	土	日
	AM							
	PM							

訪問同意	本人(承諾・拒否・検討中・未確認)				家族(承諾・拒否・検討中・未確認)			
現在の状況・ご要望								

【当院記入欄】担当: _____、ID: _____、初診日: _____、同意書(初診日・郵送)、口振(初診日・郵送)