

# 訪問診療依頼書

記入日 年 月 日 ( )

依頼者氏名		病院名		電話番号	
患者イニシャル		男・女	生年月日	年 月 日 ( 才)	
キーパーソン：配偶者・子・親・兄弟・その他			同居家族 ( )		
身体障害者手帳 (あり ( ) 級) ・なし)					
生活保護 (あり・なし) 担当者名 ( ) 電話番号 ( )					
現在の所在 (在宅・入院中)		住所 (区と地名まで) 区			
入院中	病院名			診療科	
	入院経過			入院日	
				退院予定日	
	既往歴				
病院主治医から病状説明内容					
かかりつけ病院またはクリニック名					
ADL (全介助・一部介助・自立)			認知機能低下 (あり・なし)		
必要な医療処置	尿道バルーン ( Fr) ・胃ろう (タイプ: ) 在宅酸素・気管カニューレ管理・CVポート・麻薬皮下持続点滴 その他 ( )				
介護サービス 状況	介護保険 (あり・なし・申請中・区変中) ありの場合 (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)				
	介護支援事業所				
	訪問看護ステーション (月・火・水・木・金・土・日)		デイサービス (月・火・水・木・金・土・日)		
自由記載欄					

医療法人社団ゆうま会

つよし在宅クリニック

メールアドレス info@tsuyoshi-zaitaku.com FAX 045-534-7772 TEL 045-534-7771