

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・入所中)		住所(地名まで) 区
入院中	病院名	診療料
	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		

さかお訪問クリニック

TEL : 0798-61-6246 FAX : 0798-61-7934

メールアドレス : sakao.houmon.cl@gmail.com

医療関係者用