



FAX : 048-299-5701 TEL : 048-299-5700

訪問診療依頼票

依頼日 年 月 日

フリガナ 患者様氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日 (才)
		身長体重	身長： cm / 体重： kg
ご住所	〒	自宅TEL	
		携帯	
保険情報	国・後期・他保険・生保 / 身障・難病 負担： 1割・2割		
介護度	未申請・申請中・取得 (要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5)		
ご家族構成	同居・別居		
KP①		KP②	
訪問介護	未介入・介入中・依頼済み 名称：		
訪問看護	未介入・介入中・依頼済み 名称：		
かかりつけ医	無・有 医療機関名：		診療情報提供書： 有・無
療養状況	在宅・入院・入所中：		退院退所予定日： 年 月 日
医療処置	尿道カテーテル・経管栄養 (胃ろう・鼻腔) ・中心静脈栄養・気管切開カニューレ 酸素療法・その他 ()		
主病名		既往歴	
がん	病名の告知 (本人)： 無・有		病名の告知 (家族)： 無・有
	余命の告知 (本人)： 無・有		余命の告知 (家族)： 無・有
訪問診療に 至る経緯			
ご紹介事業所		フリガナ ご担当者様	
ご住所	〒	ご連絡先	
		FAX	
移動	車いす・寝たきり・他 ()	食事	常食・粥・流動食：摂取量 割
更衣	自立・一部介助・全介助	睡眠	良好・可・不眠・眠剤使用
排泄	トイレ・Pトイレ・尿器・おむつ 他 ()		
入浴	自立・一部介助・全介助 / 自宅・デイ・訪問		
内服管理	自立・一部介助・全介助 内服薬名：		
薬局	薬局名：		手渡し・訪薬
駐車場	有・無		