

(往 診 ・ 訪問診療) 依頼

※どちらかに○をお願いします

フリガナ		生年月日
本人氏名	男・女	年 月 日 (歳)
住 所	〒 -	連絡先 (自宅・携帯)
訪 問 先 (自宅・施設)	〒 -	施設名:
		連絡先:
キーパーソン①	フリガナ氏名:	本人との続柄:
住 所 (同居・別居)	〒 -	連絡先 (自宅・携帯)

◆ 現在の受診状況

病 名			
現在の状況	☐ 外来通院中 ☐ 入院中(年 月 日 ~)	☐ 外来通院中 ☐ 入院中(年 月 日 ~)	☐ 外来通院中 ☐ 入院中(年 月 日 ~)
薬の有無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
医療機関名			
主治医	診療科:	診療科:	診療科:

◆ 介護保険・医療保険情報

ケアマネージャー	事業所名: 連絡先:	担当者名
要介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	申請無し・申請中 (認定調査 未・済) 区変中 (申請日: 月 日 申請)
介護保険負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割	
訪問看護介入	☐ 無 ☐ 有	ステーション名:
医療保険情報	☐ 社会保険 (本人・扶養) ☐ 国民健康保険 (本人・扶養) ☐ 後期高齢者 ☐ 生活保護 ☐ 指定難病 (自己負担上限額: 円)	

◆ 使用機器や留置カテーテルの種類・サイズ、状態など

☐ 在宅酸素 ☐ 気管切開 ☐ 吸引器 ☐ 人工肛門 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 経鼻栄養 ☐ 輸液ポンプ
☐ 透析 (維持・腹膜) ☐ ペースメーカー ☐ 人工呼吸器 (※) ☐ 褥瘡 (部位:)
☐ 胃瘻 (Fr) ☐ 腸瘻 (Fr) ☐ 尿道留置カテーテル (Fr) ☐ 膀胱瘻 (Fr)
※人工呼吸器使用の方の”訪問診療”はお引き受けできませんが、単回往診や”訪問診療2”での診察は検討可能です

◆ その他



ご記入ありがとうございます。お手数ですが当院までFAXをお願いいたします。 FAX:098-993-7579