

訪問診療依頼票

依頼日 年 月 日

作成者

フリガナ

患者氏名 様(男・女) 生年月日 西暦
明治・大正
昭和・平成 年 月 日 (歳)

住所 電話番号

保険情報 ☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 後期高齢者 ☐ 生保 ☐ マル福 ☐ 限度額認定証

介護保険 ☐ あり ☐ なし 介護度: ☐ 支援1 ☐ 支援2 ☐ 要介護 (1・2・3・4・5)

担当ケアマネージャー (氏名) (事業所)

電話番号 FAX

《現状確認》

身長 cm 体重 kg 認知症 ☐ あり ☐ なし ☐ 年令相応
(レビー小体型・アルツハイマー型・その他)

現在の状態 ☐ 自宅 ☐ 病院入院中(施設名) ☐ 施設入居中(施設名)
退院予定(月 日) 入所日(月 日)

現病歴 ◎残薬()

これまでの病歴

ADL ☐ 独歩(自立・杖・シルバーカー・一部介助) ☐ 車いす(自立・一部介助) ☐ 寝たきり

食事 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 排泄 ☐ 自立 ☐ リハビリパンツ ☐ おむつ

家族の協力 キーパーソン(氏名続柄 住所) ☐ 介入あり ☐ 介入なし

家族の要望

《特記事項》 ※医療介入(吸引器・酸素・胃瘻・膀胱留置カテーテル・ストマ・その他)

依頼調整担当の連絡先

クリニック記載

☐ 事務 (/)

☐ 看護師 (/)

☐ 担当医 (医師) ⇒ ☐ 家族面談 (/ :)

☐ 依頼承認 ☐ 未承認

☐ 初診日 月 日 () : ~