

訪問診療依頼書

医療法人翔誠会
ふくだ内科

TEL : 048-446-6128

FAX : 048-767-7841

令和 年 月 日

記載者 :

現時点でわかる範囲で構いません。ご協力ありがとうございます。

フリガナ 【名前】		【性別】 男 ・ 女		
【生年月日】	年 月 日 (歳)			
【住所】				
【電話番号】				
【かかりつけ医】	有 ・ 無			
	有→	病院 ・ 診療所		
	外来 ・ 訪問診療 先生			
【要支援・要介護】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
【ケアマネ】	事業所 :	担当者 :	TEL :	
【キーパーソン】	TEL :			
【訪問看護】	すでに有 ・ 無			
	有→事業所 :	24H対応 (有 ・ 無)		
【世帯状況】	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他			
	家族構成	緊急連絡先①		
		氏名 :	続柄 :	
		住所 :		
	電話 :			
	緊急連絡先②	氏名 :		続柄 :
		住所 :		
電話 :				
【病名】	1) _____	2) _____	3) _____	
	4) _____	5) _____	6) _____	
【現在】	入院中 ・ 外来通院中 ・ いずれでもない			
	(入院中なら)退院予定日 :			
【患者の要望】				
【簡単な経過】				
【薬局情報】	薬局名 :	住所 :		
【処置】	点滴 (有 ・ 無)	有→ 末梢 ・ 皮下 ・ IVH		
	IVHの内容 :			
	酸素 (有 ・ 無)	有→	リットル (会社名 : _____)	
	バルーン (有 ・ 無)	有→ 容量 :	ml, サイズ : _____ Fr	
	胃瘻 (有 ・ 無)	有→ 取付日 (_____)	次回交換予定日 (_____)	
	その他の処置 (_____)			
【保険情報】	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期医療保険証 <input type="checkbox"/> 医療費助成 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 生活保護 (福祉課担当者 : _____)			