

医療法人翔誠会 ふくだ内科・むささびクリニック

訪問診療依頼書

FAX：048-767-7841 こちらへ返信お願いいたします

令和 年 月 日

TEL：048-446-6128

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"/> 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, 最終交換日： ()		
	胃瘻 (有 ・ 無) 有→	取付日 () , 最終交換日 () 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：)			

