

訪問診療依頼書

はやぶさ内科ホームクリニック行き

申込日： 年 月 日

患者様氏名	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日
現住所	〒
患者様電話番号	
ご依頼者氏名	
患者様とのご関係	ケアマネージャー・看護師・ご家族・その他（ ）
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	
現在の療養状況	独居・同居家族あり（同居者： ）
	施設（施設名： TEL： ）
	入院中（病院名： TEL： ）
保険情報 ※保険証コピーを添付ください	【医療保険】国保・後期・社保・共済・その他（ ） 【障害医療証】有・無 【公費保険証】有・無 【難病医療証】有・無 【生活保護受給】有・無
介護区分	要支援 1・要支援 2 要介護 1・2・3・4・5 申請中（申請日： 月 日） 未申請
寝たきり度	歩行可 杖・シルバーカー 車椅子に移乗可 介助で車椅子 寝たきり
認知症自立度	自立 誰かが見ていれば自立 介助がないと判断できない 介助があっても判断できない
ケアマネージャー	事業所名： 電話番号： 担当者：
薬局	薬局名： 電話番号： 訪問服薬：有 ・ 無
訪問看護	利用中（事業所名： 電話番号： ） 利用していない
訪問リハ	利用中（事業所名： 電話番号： ） 利用していない
訪問介護	利用中（事業所名： 電話番号： ） 利用していない
デイサービス ショートステイ	利用中（事業所名： 電話番号： ） 利用していない
その他サービス	

サービス利用状況 (1 訪問看護 2 デイサービス 3 訪問入浴 4 ヘルパー 5 訪問リハ 6 訪問ST 等)

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							

病名	
現在の医療処置	在宅酸素・BiPAP・CPAP・気管切開・人工呼吸器・たん吸引 栄養（経鼻胃管・胃ろう・中心静脈栄養） 自己導尿・尿道留置カテーテル・膀胱ろう・尿管皮膚ろう 人工肛門 インスリン注射 褥瘡処置 その他：()・医療処置なし
キーパーソン氏名	
患者様との続柄・関係	
キーパーソン住所	
キーパーソン連絡先	
現在のかかりつけ医療機関	
診療情報提供書（紹介状）	有 ・ かかりつけ医なし
駐車スペース	自宅 ・ 近隣駐車場
その他・備考 （家族の要望など）	

在宅でのターミナルケアをご希望の方は、わかる範囲でこちらをご記入ください。

病名告知	済 ・ 未（家族のみ）
予後告知	済 ・ 未（家族のみ）

お問い合わせ先：はやぶさ内科ホームクリニック

TEL：03-6913-9931 FAX：03-6913-9932