

訪問診療依頼票

●患者さんの情報を可能な範囲内でご記入下さい。ご記入後、FAXかメールにてお送り下さい。

●記載頂いた情報は、診療に関する目的以外には、一切使用致しません。

患者情報	記入日: 年 月 日		
フリガナ		性別	男・女
氏名	様		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日(歳)	
住所	〒 - (自宅駐車場 有・無)		
連絡先	自宅:	携帯:	
住居環境	独居・同居家族あり(同居者: <u>続柄</u>)		
	※自宅鍵の管理方法(独居):ご本人・キーボックス・その他()		
要介護認定	要介護度()・申請中・未申請		
寝たきり度	歩行可・杖歩行・歩行器・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・年齢相応・軽度・中等度・重症		
利用中の 介護サービス	訪問看護(リハビリ)・訪問介護・デイサービス・訪問入浴・訪問歯科・その他()		
	利用曜日:		

キーパーソン情報			
フリガナ		続柄	
氏名	様		
住所	〒 -		
連絡先	自宅:	携帯:	

疾患名	
医療保険情報	後期高齢者・国保・生保 (その他: 難病54 ・障害80 ・自立支援21)
介護保険情報	負担割合:
備考欄	

現在のかかりつけ医療機関:

訪問診療希望曜日: いつでも可・ 曜日(複数可) / 時間帯:

担当ケアマネージャー	有・無	事業所名:	
訪問看護ステーション	有・無	事業所名:	
訪問服薬	有・無	薬局名:	
診療情報提供書	有・無	かかりつけ医に依頼中・これから依頼中・かかりつけ医なし	

依頼者様	
事業所名	
連絡先	