

マーガレットクリニック 訪問診療依頼書

FAX:050-3737-1916

令和 年 月 日

ご依頼者様		電話番号	
ご関係	ご家族・その他 ()	依頼経緯	(ケアマネ・訪看・主治医)の勧め (本人・家族)の希望 その他 ()

患者様の情報

ふりがな		性別	男性 ・ 女性					
氏名	様	生年月日	T S H R 年 月 日 (歳)					
訪問先住所	□独居 □介護者あり()							
電話番号	固定電話： - -	携帯： - -						
駐車スペース	無・有 (場所：)							
現在の状況	かかりつけ医 無・有 (病院・医院 科 先生)							
	□外来通院中 □施設入所中 (施設名：) □往診を受けている □入院中 (病院名： 退院予定： 月 日 ・ 未定)							
病名	①主病名： ② ③							
病状								
日常生活動作	□寝たきり □車イス (介助) □車イス (自力) □杖歩行 □自立							
医療処置	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位：) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 他 ()							
医療保険情報	<input type="checkbox"/> 自己負担 (割) <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 特定疾患 (難病) <input type="checkbox"/> その他 ()							
介護保険情報	<input type="checkbox"/> 要介護 _____ <input type="checkbox"/> 要支援 _____ <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請							
ケアマネジャー	事業所： 氏名： 様 TEL - -							
訪問看護	事業所： 氏名： 様 TEL - -							
導入予定のサービス	訪問看護 ・ デイサービス ・ 訪問入浴 ・ ヘルパー ・ 訪問リハビリ							
現在のサービス		月	火	水	木	金	土	日
	AM							
	PM							

キーパーソンの情報

氏名	様 (続柄：)
住所	
電話番号	固定電話： - - 携帯： - -

その他	特記事項・注意事項・問題点・困っていること等ありましたらご記入ください
-----	-------------------------------------

FAX:050-3737-1916