

みなとクリニック品川・訪問診療依頼書



※わかる範囲のみのご記載でかまいません

令和 年 月 日

フリガナ	【生年月日】 大正・昭和・平成 年 月 日(歳)	【医療保険】 負担 割 【介護保険】 負担 割 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)
【患者氏名】 様	【性別】 男 ・ 女	
【患者住所】〒		
【患者電話番号】		
【請求書送付先】 宛名: 住所: 〒		
【依頼元】 事業所名: 御担当者様: 様 TEL: 職種:	【訪問診療導入理由】	
	【ケアマネージャー】 事業所名: 連絡先:	
【現在かかりつけ医】	病院	科 先生
【退院予定日】(入院中の場合)	月 日 AM ・ PM	※未定の場合: 今週中 ・ 今月中 ・ 頃
【退院カンファ予定】		
【病名】	【経過】	【使用中の医療器具】 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 メーカー: <input type="checkbox"/> 在宅酸素 ℓ メーカー: <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻チューブ <input type="checkbox"/> 気管切開チューブ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル Fr: 交換頻度: <input type="checkbox"/> その他
【ADL】 移動 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) 食事 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) 排泄 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) 入浴 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) 認知症 (なし ・ 軽度 ・ 重度)		
【家族構成、背景】*続柄、氏名、連絡先、KP		
【訪問看護】 利用中 ・ 利用なし ・ 導入検討 事業所名: 連絡先: 利用日: 支援内容:		【その他】 残薬:
【導入中(予定)のサービス】 デイ ・ 訪リハ ・ 訪問薬剤 (利用日:)		
【介護保険の利用】 有 ・ 無	【診療希望日】	

ご記ありがとうございました。

03-6700-8556までFAXをお願いします。

FAX受付後、速やかに担当者よりお電話いたします。(受付時間 平日9:00~17:00)