

# 訪問診療依頼書

ICHI Clinic

TEL:03-6657-2820

令和 年 月 日

FAX:03-6657-2821

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"/> 有 要支援1 ・ 2 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
【ケアマネ】	TEL:	
【キーパーソン】	TEL:	
【訪問看護】	すでに有 ・ 無	
	有→事業所:	
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	
【病名】	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
【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:	
【簡単な経過】		
【薬局情報】	薬局 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
	胃瘻 ( 有 ・ 無 )	
	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: )	