

訪問診療依頼書（施設用）

申込日： 年 月 日

施設・事業所名：

住所： 〒

管理者又は記入者氏名：

電話： () -

フリガナ 患者様氏名			男・女	家族構成
			年齢 歳	
ご住所 <small>（住民票の住所）</small>	〒 *建物名の記載もお願いします			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	電話番号： () -		
キーパーソン	氏名：		関係：	電話：() -
	住所： 〒			

現在利用可能な 保険証類	1.国保 2.後期高齢 3.社保 4.自立支援 5.障がい 6.難病 7.生保 8.その他 ()					⇒ ご利用になりたい保健医療制度 左記の番号をご記入ください
介護保険	未申請	要支援 (1・2)	要介護 (1・2・3・4・5)	申請中	申請予定	
障がい者手帳	なし・あり (身体・精神・療育)			「あり」の方 → 等級 () 区分 ()		
ケアマネジャー	事業所：		担当者：	連絡先：		
支援相談員	事業所：		担当者：	連絡先：		
訪問看護	利用中・利用予定	事業所：	担当者：	電話：()	-	
介護ヘルパー デイサービス その他	利用中・利用予定	事業所：	担当者：	電話：()	-	
薬 局	特定の薬局を 希望する・希望なし	薬局名：	*希望ない場合、クリニックから 提案させていただきます		電話：()	-

現状について

病 名	病名	病名
かかりつけ病院	病院名	病院名
	主治医	主治医
現在の状況・問題点・依頼内容		医療的な処置： なし・あり
		尿道カテーテル 経管栄養 インスリン注射 在宅酸素 その他 ()
		アレルギー： なし・あり ()
		ご本人・ご家族の希望
		その他 ※連絡事項や書類作成依頼等あればご記入ください。