

訪問診療依頼票

FAX 048-866-7767

TEL 048-866-7350

平成 年 月 日				往診 ・ 訪問 希望	
相談者名	(続柄)		相談者電話番号		
相談者住所			相談者FAX番号		
フリガナ 氏名	男 ・ 女		生年月日	M T S H	年 月 日 歳
住所			電話番号		
紹介元			どこで知った		
主病名			かかりつけ医	病院(入院中 通院中)	
今までかかった 病気					
食事	普通食 粥 きざみ ミキサー とろみ 治療食 その他 ()				
トイレ	自立 ポータブル オムツ 留置カテーテル ストマ	その他の処置			
移動	独歩 つたい歩き 杖 車椅子 ストレッチャー	床ずれ	無 有()		
麻痺	有 [右半身(上・下) 左半身(上・下)] 無		会話	可 不可	
介護認定	要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		申請中(日付 場所)		
ケアマネージャ事業所名		TEL		ケアマネージャー氏名	
受給証	(特定疾患 ・ 身体障害 ・ その他)				
相談希望日	月 日 ()	来院される方	家族 ・ 本人 ・ ケアマネ ・ 他 (※相談日は月～木曜日)		
その他心配な事や希望する事		家族構成		** 記入例	
				※同居の家族をと記載者を○で囲む ※日中夜間異なる場合なども記載して下さい。	
		お世話される方のご関係(妻)		家族構成記入欄	
		お世話される方のご関係 ()			