

# 訪問診療依頼票

FAX 048-866-7767

TEL 048-866-7350

記入日 平成 年 月 日 訪問診療 ・ 訪問看護 希望

記載 医療機関名 事業所名		記載者電話番号	
記載者名		FAX番号	
フリガナ 患者名	男 ・ 女	生年月日	M T S H 年 月 日 歳
訪問先住所		訪問先電話番号	
保険情報	後期高齢 ・ 国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 生保	受給証	なし ・ 身障(1級・2級・3級) ・ 特定疾患 ・ 限度額認定
介護認定	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	申請中(日付	場所 )
CM事業所名	電話	CM名	

## 療養状況・ADL状況

主病名		療養状況	病院 入院中 ・ 通院中
既往		退院退所予定日	月 日 時頃
食事	常食 粥 きざみ ミキサー とろみ 治療食 胃瘻 経管栄養 中心静脈栄養		
排泄	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	褥瘡	無 有( )
麻痺	有 [ 右半身(上・下) 左半身(上・下) ] 無	疎通	可 不可
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	家族構成	
	キーパーソン	_____
	続柄	_____