＜訪問診療依頼シート＞

申込日　　年　　月　　日　　受付担当（　　）

ご相談者様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　続柄＿＿＿＿＿＿

医療機関・事業所（部署）名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ **名前**		歳	男・女	生年月日	
住所					
電話番号				携帯電話等	
現在の居所	□　自宅　　□　入院中（　　病院）□　施設入所中（　　） （　　/　　）ENT予定				
訪問日程関する希望の有無	なし・あり（ありの場合はデイサービスやショートステイの予定、不可能な曜日、日程）				
既往（病名）					
これまでの経過					
介入希望科			**開始希望時期**	月　　日～希望	
残薬	（　　）日分　　不明				
皮膚疾患	なし・あり	湿疹　・　褥瘡　・　疥癬　・　その他（　　） 部位（　　）			
精神症状	認知症：　なし・あり　　問題行動：　なし・あり（　　）				
健康保険	国保・後期・社保・共済・生保・その他		公費 あり・なし	特定疾患医療証　あり・なし 心身障害医療証　あり・なし	
介護認定	なし・要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5）・申請中・区分変更中				
ケアマネ	事業所			電話	
	担当者			FAX	
訪問看護利用の有無	なし・あり（事業所名：　　）（TEL：　　）				
キーパーソン	様	続柄		連絡先	
	同居・別居（住所：　　）				
備考欄					

ていクリニック

FAX　078-784-3520