

訪問診療新規患者依頼書

以下、記載できる範囲でご記入いただき、FAXもしくは郵送をお願い致します。

依頼日	年	月	日
依頼者名	本人との関係 ケアマネ・家族・その他（ ）		
事業所名	連絡先		
依頼の経緯	☐ 通院困難 ☐ 緩和・看取り目的 ☐ その他（ ）		
契約希望日	年	月	日頃 未定(検討中) 退院後 その他（ ）

ふりがな		性別	生年月日	T・S・西暦	年	月	日	歳
患者さま氏名		男 女	住居形態	☐ 独居 ☐ 家族と同居（ ）				
			当院受診歴	☐ あり ☐ なし ☐ 不明				
連絡先	① ②							
訪問先住所	〒 住所は建物名まで記入してください							
キーパーソン	(ふりがな)			続柄				
	氏名：			連絡先				

病名		現在の医療処置	☐ なし ☐ 在宅酸素 ☐ インスリン注射 ☐ 褥瘡処置 ☐ 持続点滴 ☐ 排泄管理(人工肛門・膀胱留置カテーテル) ☐ その他（ ）
----	--	---------	---

要介護度	☐ 非該当 ☐ 要支援 1・2 ☐ 要介護 1・2・3・4・5 ☐ 申請中 ☐ 区分変更中 ☐ 未申請
------	---

ケアマネージャー	担当者名：	事業所名：
	連絡先：	住所：

現在の療養状況	☐ 自宅療養（かかりつけ医療機関： ） ☐ 施設入居中(施設名：) ☐ 入院中（病院名： ） 退院予定：未定・ 月 日頃	
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ 屋内の生活は概ね自立しているが介助なしには外出しない ☐ 車椅子使用 ☐ 寝たきり	
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ 日常生活に支障をきたすような症状が多少ある ☐ 日常生活に支障をきたすような症状がある(□時々 □常時あり、介助が必要 □頻繁にあり、常時介護が必要) ☐ 専門的医療が必要	

利用している介護サービスについてご記入の上、利用日に○をしてください。 ※ケアプランを添付いただければ、下表の記載は不要です。

利用サービス	月		火		水		木		金		土		日		事業所名(連絡先電話番号)
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	
															()
															()
															()
															()

その他(連絡可能な時間帯やその他追加事項ありましたらご記載ください)