

訪問診療新規患者依頼書(施設入居者用)

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。(ご連絡いただければ取りに伺います)

依頼日		年		月		日	
事業所名							
入居日	年			月		日	
		契約希望日		年		月	
				日		頃	
ふりがな			性別	生年月日	T・S・西暦		
患者さま氏名			男 女	当院受診歴	☐ あり ☐ なし ☐ 不明		
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	☐ 要支援 1・2 ☐ 要介護 1・2・3・4・5						

※以下項目の記載については、施設で作成しているフェイスシートと内容が重複しているようであれば記載は不要です。

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
入居後の訪問診療 以外の通院先	☐ なし ☐ あり 通院医療機関名:
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

その他(追加事項ありましたらご記載ください)

以下の書類の添付をお願い致します。

- ☐ 診療情報提供書
- ☐ フェイスシート
- ☐ 保険情報(保険証・介護保険・等コピー)※添付不可の場合は前日までに送付をお願いします
- ☐ お薬手帳コピー※添付不可の場合は前日までに送付をお願いします