

まる在宅クリニック宛 訪問診療依頼票（病院様、事業所様用）

依頼日： 令和 年 月 日

◇ご依頼者様情報

事業所名		ご担当者様	
役職・部署		ご連絡先	

◇患者様情報

フリガナ 患者様氏名	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日（ 歳）
		連絡先	自宅： 携帯：
訪問先住所	駐車スペース 有・無		
療養場所	自宅（外来通院中） or 入院中（入院期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 現在）		
保険情報	【主保険】国保・後期・社保・生保 負担：1割・2割・3割 【公費】身障・難病・（ ） 【限度額認定証】 有 無		
介護度	未申請・申請中・取得済（要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5）		
同居家族	有・無 家族構成：		
キーパーソン	フリガナ氏名	歳	ご住所
		続柄：	電話番号
おかけの医療機関	無・有 医療機関名： 診療情報提供書 有 無		
現在のご状態 （主病名、主な症状、簡単な病歴、併存疾患など、わかる範囲で）			
居宅介護 支援事業所	担当 ケアマネージャー様		
訪問看護 ステーション			
ご利用中 サービス	曜日	月	火
	午前		
	午後		
歩行：	自立・一部介助・全介助	入浴：	自立・一部介助・全介助
食事：	自立・一部介助・全介助	排泄：	自立・一部介助・全介助
医療処置	在宅酸素（安静： L 労作時： L） 人工呼吸（NPPV or TPPV） 尿道カテーテル（ Fr） 胃ろう（ 型 Fr） 中心静脈栄養（24時間or間欠） 褥瘡処置（部位： ） 気管切開カニューレ 点滴（ ） インスリン注 その他（ ）		
がん	病名の告知（本人）： 無・有 病名の告知（家族）： 無・有 余命の告知（本人）： 無・有 余命の告知（家族）： 無・有		
認知症	有・無	症状：	
内服管理	自立・一部介助・全介助		
かかりつけ薬局	無・有（店舗受取り or 訪問服薬管理 薬局名： ）		
訪問診療に 至る経緯			
希望等 自由記載欄			

このシートをFAXまたはメールで送信をお願いいたします。

****最低限のわかる範囲/箇所のみご記入をお願いできればと思います****

メール：daihyo@maruzaitaku.com

FAX：045-507-9924