

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・その他（	【限度額認定証】 有・無			
介護度（介護保険）	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	有・無	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	水	木	金	土 日
	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)： 有・無	病名の告知(家族)： 有・無	余命の告知(本人)： 有・無	余命の告知(家族)： 有・無			
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 or 訪問薬局	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