

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				
かかりの 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) 胃ろう(型 Fr) 中心静脈栄養(24時間 or 間欠) 気管切開カニューレ 点滴() インスリン注 その他()					尿道カテーテル(Fr) 褥瘡処置(部位:)		
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