

訪問診療・訪問看護依頼書  
 厚生会クリニック

( FAX:024-552-5676 )

記載年月日 年 月 日

記載者名 : (家族・ケアマネ・施設職員)

フリガナ		男・女	生年月日			
患者氏名	様		M・T S・H	年 月 日	( 歳)	
訪問先住所	〒		電話番号			
依頼内容	訪問診療のみ ・ 訪問看護のみ ・ 診療看護両方					
同意	本人( あり なし 確認中) ・ 家族( あり なし 確認中)					
主治医	いる(通院中 ・ 往診 回/月) ・ いない					
主治医変更	希望する ・ 希望しない					
家族構成		キーパーソン	緊急連絡先			
同胞: 家族歴:		①	カナ		続柄	
			名前			
			住所			
			電話			
		②	カナ		続柄	
			名前			
			住所			
			電話			
病名						
紹介(希望)にいたる経緯・経過・要望				医療処置		
【導入の経緯】				胃ろう：有・無 最終交換日： 年 月 日		
【病状経過】				尿カテーテル：有・無 最終交換日： 年 月 日		

既往歴

年月日	病名	病院	通院・入院

--	--	--	--

ADL	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 ( )		
入浴	自立・一部介助・全介助 ( )		
睡眠	良好・不良	睡眠時間	時 ~ 時
コミュニケーション	良好・不良		
視覚	日常生活支障 有・無	眼鏡使用	有・無
聴覚	日常生活支障 有・無	補聴器使用	有・無
服薬管理	自立・一部介助・全介助 ( )		
金銭管理	自立・一部介助・全介助 ( )		
嗜好品			
麻痺	有( )・無		
アレルギー	有( )・無		
感染症	結核	B型肝炎	C型肝炎
生活史	出身地: 学歴: 職歴: 結婚歴: その他(成育環境について詳しく):		
関係機関情報			
介護支援専門員	事業所		担当者名
	住所		
	電話		FAX
その他	事業所		担当者名
	住所		
	電話		FAX
サービス利用状況			
※ケアプランをFAXいただけない場合は、お手数ですがご記入ください。			
保険情報			
保険種類	社会保険・国民健康保健・生活保護		
	後期高齢者被保険者証(1割・3割)・健康保険高齢受給者証( 割)・限度額適用認定証		
公費	特定疾病難病医療費助成( )・心身障害者医療費助成( )		
	自立支援医療受給者証 ・ その他公費( )		
手帳	障害者手帳(種類 級)・障害福祉サービス(区分 )		
介護保険	介護保険証(無・有)	介護保険負担割合証(1割・2割・3割)	介護度 要支援 要介護 ( )
経済状況	*年金等あれば、ご記入願います。		
※訪問時間の指定はお受けできません。 基本的に訪問時間の連絡は直前になりますのでご了承ください。 ※ご記入頂きました個人情報、第三者に譲渡・公開することはいたしません。 また正規の目的以外には使用いたしません。			

2024年1月4日 作成