

訪問診療・訪問看護依頼書
厚生会クリニック

(FAX:024-552-5315)

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		
			名前		
			住所		
			電話		
		②	カナ		
			名前		
			住所		
			電話		
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は、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