

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			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 【導入の経緯】				医療処置 胃ろう：有・無 最終交換日： 年 月 日 尿カテーテル：有・無 最終交換日： 年 月 日	
【病状経過】					

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。			