

海老原おとなこどもクリニック 宛

FAX 045-507-3085 TEL045-507-3083

メールアドレス info@ebihara-otona-kodomo.com

訪問診療依頼票

- 患者さんの情報を可能な範囲内でご記入下さい。ご記入後、FAXかメールにてお送り下さい。
- 記載頂いた情報は、診療に関する目的以外には、一切使用致しません。

| | | | |
|----------------|---|-----|---------|
| 患者情報 | 記入日: 年 月 日 | | |
| フリガナ | | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | 様 | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 | 年 | 月 日(歳) |
| 住所 | 〒 - (自宅駐車場 有・無) | | |
| 連絡先 | 自宅: | 携帯: | |
| 住居環境 | 独居・同居家族あり(同居者: 続柄) | | |
| | ※自宅鍵の管理方法(独居):ご本人・キーボックス・その他() | | |
| 要介護認定 | 要介護度()・申請中・未申請 | | |
| 寝たきり度 | 歩行可・杖歩行・歩行器・車椅子に移乗可・介助で車椅子・寝たきり | | |
| 認知症自立度 | 自立・年齢相応・軽度・中等度・重症 | | |
| 利用中の 介護サービス | 訪問看護(リハビリ)・訪問介護・デイサービス・訪問入浴・訪問歯科・その他() | | |
| | 利用曜日: | | |

| | | | |
|----------|-----|-----|--|
| キーパーソン情報 | | | |
| フリガナ | | 続柄 | |
| 氏名 | 様 | | |
| 住所 | 〒 - | | |
| 連絡先 | 自宅: | 携帯: | |

| | |
|--------|-------------------------------------|
| 疾患名 | |
| 医療保険情報 | 後期高齢者・国保・生保 (その他: 難病54・障害80・自立支援21) |
| 介護保険情報 | 負担割合: |
| 備考欄 | |

現在のかかりつけ医療機関:

訪問診療希望曜日: いつでも可・ 曜日(複数可) / 時間帯:

| | | | |
|------------|-----|-----------------------------|--|
| 担当ケアマネージャー | 有・無 | 事業所名: | |
| 訪問看護ステーション | 有・無 | 事業所名: | |
| 訪問服薬 | 有・無 | 薬局名: | |
| 診療情報提供書 | 有・無 | かかりつけ医に依頼中・これから依頼中・かかりつけ医なし | |

| | |
|------|--|
| 依頼者様 | |
| 事業所名 | |
| 連絡先 | |