

# あおあお在宅クリニック 訪問診療依頼書

※ おわかりになる範囲内でご記入ください

申し込み日：20 年 月 日

依頼者名	CM・NS・MSW・家族・本人・その他（ ）
所属	
TEL：	FAX：

ふりがな 患者名	性別 男・女	生年月日 (満 歳)	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
住所 〒			
TEL ①	②		
KP氏名	(続柄 )	同居・別居	来院での契約： 可・不可
家族等氏名	(続柄 )	同居・別居	来院の手段：車・ほか（ ）

《診断名》	《必要な医療処置・医療器具など》 <input type="checkbox"/> 人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻チューブ <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷治療 <input type="checkbox"/> 血糖測定・インスリン管理 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> 緩和ケア・麻薬管理 <input type="checkbox"/> ドレナージ <input type="checkbox"/> その他・詳細（ ）
現在のかかりつけ医 かかりつけ医の診療情報提供書 依頼済・未	

現在の症状について（治療内容・予後・告知の有無など）

現在の状況： 自宅・入院中・施設入所中（病院・施設名： ）	
退院予定日（入院中の場合）： 月 日ごろ	退院カンファ： 有・無
過去1年間の入院歴： 有（病院名： ）・無	

介護認定 有・無・申請中	介護度 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
医療保険証（負担割合）： 1割・2割・3割	介護保険負担割合証： 1割・2割・3割
公費の有無など	生活保護・医療費助成・障害者手帳・限度額適用認定証

《ケアマネージャー》※フェイスシートをご送付ください 事業所： 担当者： TEL：	《訪問看護ステーション》 有・依頼済・未定 事業所： 訪問看護指示書： 月 日から作成希望
--	--

こちらの文書が届きしだい、翌営業日にはお返事させていただきます。



**あおあお在宅クリニック**

FAX送信先：077-599-3074