

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	性別	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和
患者氏名	男・女	(満 歳)	年 月 日

住所 〒			
TEL: (自宅)	(キーパーソン携帯)		

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》 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 これまでの経過・治療内容・予後について	《必要な医療処置・医療器具など》 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 胃瘻チューブ <input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷治療 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <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"/> 血糖・インスリン管理 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> その他（ ）
--	--

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 日頃	退院カンファ： 未・済・無		
デイ利用日：月・火・水・木・金	過去1年間の入院歴： 年 月頃 (病院)		

介護認定： 有・無・申請中	要介護度： 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 事業所： 訪看指示書の開始日：初回往診日 or 月 日
--	---

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