

新規訪問診療依頼票

くらしのホームクリニック 相談係 行

FAX:050-6883-7688 TEL:050-3645-8951

年 月 日

くらしのホームクリニックでは、通院が困難な患者様のお宅へ訪問診療を行なっております。

ご希望の方は、お電話または下記の依頼表をお送りいただき、ご相談下さい。

詳しい内容は、改めてお尋ねしますので、差し支えない範囲でご記入下さい。

もともとお使いのフォームがあればそれを使っていただいてもかまいません。

ふりがな 患者氏名 様	男・女	相談者氏名 ご関係・所属機関 連絡先
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 歳
住所	かかりつけの医療機関 担当医 連絡先	
電話		
他連絡先		
希望する内容	訪問診療 ・ 訪問鍼灸	
医療保険等： 国・社・高齢2・3 後期1・2・3 障・都・生保・難 介護保険： 未申請・非該当・要支援1, 2 要介護1, 2, 3, 4, 5	現在の療養状況 在宅 入院・入所中()	
担当のケアマネージャー 事業所、連絡先	在宅療養へのご希望ご要望があれば ご記入 下さい	
診断名・既往歴		
経過・現在の状況・今後の方針など	日常生活動作 移動 ・自立 ・介助が必要 ・車椅子 ・寝たきり	
	食事 ・自立 ・介助が必要 ・経管栄養 ・中心静脈栄養	
	排泄 ・トイレ(自立 介助あり) ・Pトイレ(自立 介助あり) ・おむつ ・尿カテーテル	
	入浴 ・自宅 (自立 介助あり) ・訪問入浴 ・通所施設にて	
	精神症状・幻覚妄想・徘徊・昼夜逆転等	
	コミュニケーションをとるに当たり支障はありますか 難聴・認知症・高次脳機能障害等	
家族構成や介護の状況 ・独居:主介護者(本人との関係) KP ・同居:主介護者(本人との関係)	必要な医療処置があればご記入下さい (中心静脈栄養、膀胱留置カテーテル、胃ろう 等)	