

新規訪問診療依頼票

梅本ホームクリニック 銀座院 行

ご依頼日: 年 月 日

TEL: 03-6263-0601 / FAX: 03-6263-0602

ご依頼者氏名: _____

訪問診療の正式なご依頼に際して、下記内容についてご記入下さい。
 基本情報については必ず全ての欄をご記入頂き、FAXにてご返信下さい。
 詳しい内容については、改めてお電話にてお尋ねいたします。

所属機関: _____

TEL: _____

FAX: _____

◆基本情報

| | | | | | |
|-----------|----------------------|----------|--------------------------|---------|-------------|
| フリガナ | | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 患者様氏名 | | | | | |
| 住所 | 〒 () 区 () 市 | | ①自宅 TEL | - | - |
| | | | ②携帯 TEL | - | - |
| 同居家族 | なし・配偶者・父・母・子()、他() | | 駐車場 | 無・有 () | |
| フリガナ | | 続柄 | ※患者様と同居の場合、右にチェックして下さい→□ | | |
| 主介助者 (KP) | | 住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | ①自宅: - - | ②携帯: - - | 連絡可能な時間帯 | | |

◆医療情報

| | | |
|--------|--|--------------------------------|
| 医療保険 | 【主保険】負担割合 (1・2・3) 割 ・ 限度額認定証 区分 () ・ 生活保護 (市 / CW名:) | |
| | 【公費】特定疾患 ・ 自立支援医療 ・ 障害者医療 (マル障) ・ 他医療証 () | |
| 病歴既往歴 | | 主治医 無 ・ 有 (医療機関名・診療科もご記載下さい) |
| | ※紹介状がある場合は不要です。書類をFAXにてお送り下さい。 | |
| 特殊医療処置 | <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル () Fr <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃瘻 ・ 経鼻 ・ その他) <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> その他 | |

◆介護情報

| | | | |
|-------------|--|--------|---|
| 介護保険 | 無 → 申請中 ・ 申請希望 (する ・ しない) 有 → 要支援 (1・2)、要介護 (1・2・3・4・5) 負担割合 (1・2・3) 割 | ADL | 【移動】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり 【食事】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【排泄】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【入浴】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【更衣】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 担当ケアマネ (CM) | 事業所名 ※ご依頼者と同じ場合、右にチェックして下さい→□ 担当者名 ①事務所 TEL ②携帯電話 | アレルギー | なし □ ・ あり □ () |
| | | 認知症 | なし □ ・ あり □ |
| | | 精神症状 | |
| 利用中の介護サービス | ①訪問看護 ②デイサービス ③ヘルパー ④他 () | 初診日の設定 | ★現時点で訪問を避けてほしい曜日・時間帯があれば記載して下さい |
| | 月 火 水 木 金 土 | | |
| | AM | | |
| | PM | | |

◆確認事項

| | | |
|---|---|-------------|
| 訪問診療の同意 | ◇本人 (承諾 ・ 拒否 ・ 検討中 ・ 未確認) ◇家族 (承諾 ・ 拒否 ・ 検討中 ・ 未確認) | |
| 現在のご状況 / お困りごとやご要望 | | |
| 残薬 | まで | 訪問薬局の希望 |
| | | なし □ ・ あり □ |
| | | 初診日同席者 |
| ご協力いただき誠にありがとうございました。つきましては FAX送付の際、患者様の本人確認のために保険証、サマリ情報等の控えがあれば併せてお送りいただけますようお願い申し上げます。 | | |

当院記入欄]ID: _____、初診日: _____、同意書 (初診日 ・ 郵送)、口振 (初診日 ・ 郵送)