

訪問診療依頼書

年 月 日

やまぶき訪問クリニック宛

所属・部署（病院・事業所の方）

TEL : 043-253-1455

FAX : 043-253-1456

E-mail : info@yamabuki.clinic

(フリガナ)

氏名

TEL:

FAX:

(フリガナ) 利用者氏名		性別	男・女	生年月日	西暦 年 月 日	歳	
住所	〒			電話番号			
(フリガナ) キーパーソン氏名		続柄		キーパーソン 連絡先		世帯	同居 別居 独居
医療保険・割合		割	介護保険 (割合)	割	マイナンバー カード	有・無・不明	介護度
居宅介護支援事業所	有・無・選定中	事業所名		ご担当者名		電話番号	
訪問看護事業所	有・無・選定中	事業所名		ご担当者名		電話番号	
かかりつけ調剤薬局	有・無・選定中	事業所名		ご担当者名		電話番号	
現在の状況	入院中 外来通院中 無		バックベッド 登録 看取り	可 ・ 不可 ・ 不明 在宅・一般入院・緩和入院・検討中		駐車場	有（敷地内） 有（コインパーキング） 有（路上駐車） 有（その他） 無

※下記、必要書類はFAX時の添付についてチェックをお願いします。

必要書類	今回添付	取得不可	備考
診療情報提供書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※直近 1 か月のもの 現時点で入手出来ない場合、その他の欄に主傷病名の記載をお願いいたします。
薬情（お薬手帳）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※直近1か月のもの
看護サマリー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※直近 1 か月のもの
フェイスシート	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※直近 1 か月のもの
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※診療情報提供書や必要な書類をいただいた後、訪問診療の対応可否についてはご回答させていただきます。

ご利用中のサービス状況	※調整をお願いすることもございます。ご協力宜しくお願いいたします。
その他 伝達事項 (医療処置・ADL・ 認知症など)	※その他申し送り事項ございましたら、ご記載お願いいたします。
	医療処置： 点滴 ・ CVポート ・ 気切後 ・ 褥瘡 ・ ストーマ ・ 酸素療法 経管栄養（胃ろう、経鼻） ・ バルンカテーテル ・ その他（ ）
	認知症： I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M ・ なし ・ その他（ ）
	ADL： J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 ・ なし ・ その他（ ）