

## [記入例]訪問診療依頼書

やまぶき訪問クリニック宛

2024年 1月 1日

TEL : 043-253-1455  
 FAX : 043-253-1456  
 E-mail : info@yamabuki.clinic

所属・部署 (病院・事業所の方)

やまぶき病院

(フリガナ)	ヤマブキイチロウ
氏名	やまぶき一郎
TEL:	○○○-○○○○-○○○○
FAX:	○○○-○○○○-○○○○

(フリガナ) 利用者氏名	ヤマブキジロウ やまぶき二郎	性別	男	生年月日	西暦 1988年5月23日	36 歳
住所	〒123-45678 ○○県○○市1-2-3			電話番号	○○○-○○○○-○○○○	
(フリガナ) キーパーソン氏名	ヤマブキサブロウ やまぶき三郎	続柄	長男	キーパーソン 連絡先	○○○-○○○○-○○○○	世帯 同居
医療保険・割合	後期高齢者	1割	介護保険 (割合)	1割	マイナンバー カード	有 介護度 要介護1 公費 無
居宅介護支援事業所	有	事業所名 やまぶき居宅		ご担当者名	やまぶき四郎	電話番号 ○○○-○○○○-○○○○
訪問看護事業所	有	事業所名 やまぶき訪問看護		ご担当者名	やまぐき五郎	電話番号 ○○○-○○○○-○○○○
かかりつけ調剤薬局	選定中	事業所名		ご担当者名		電話番号 ○○○-○○○○-○○○○
現在の状況	入院中		バックベッド 登録	不明	駐車場	有 (コインパーキング)
			看取り	検討中		

※下記、必要書類はFAX時の添付についてチェックお願ひします。

必要書類	今回添付	取得不可	備考
診療情報提供書	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※直近1ヵ月のもの 現時点入手出来ない場合、その他の欄に主傷病名の記載お願ひいたします。
薬情 (お薬手帳)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※直近1ヵ月のもの
看護サマリー	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※直近1ヵ月のもの
フェイシート	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※直近1ヵ月のもの
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。ご協力宜しくお願ひいたします。
	※その他申し送り事項ございましたら、ご記載お願ひいたします。
その他 伝達事項 (医療処置・ADL・認知症など)	本シートと必要書類を当院まで FAXまたは、メールにてお送りください。 追って当院より詳細内容やご契約方法 についてご確認させていただきます。
	医療処置 : <input checked="" type="checkbox"/> 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・ <input checked="" type="checkbox"/> IIIa・ IIIb・ IV・ M・ なし・ その他 ( )
	ADL : J1・ J2・ A1・ <input checked="" type="checkbox"/> A2・ B1・ B2・ C1・ C2・ なし・ その他 ( )