

[記入例]訪問診療依頼書  
やまぶき訪問クリニック宛

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

2024年1月1日

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: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

FAX: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

|                    |                           |              |               |               |               |       |
|--------------------|---------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|-------|
| (フリガナ)<br>利用者氏名    | ヤマブキジロウ<br>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<br>〇〇県〇〇市1-2-3 | 電話番号         | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |               |               |       |
| (フリガナ)<br>キーパーソン氏名 | ヤマブキサブロウ<br>やまぶき三郎        | 続柄           | 長男            | キーパーソン<br>連絡先 | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | 世帯 同居 |
| 医療保険・割合            | 後期高齢者 1割                  | 介護保険<br>(割合) | 1割            | マイナンバー<br>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<br>やまぶき居宅          | ご担当者名        | やまぶき四郎        | 電話番号          | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |       |
| 訪問看護事業所            | 有 事業所名<br>やまぶき訪問看護        | ご担当者名        | やまぶき五郎        | 電話番号          | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |       |
| 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          | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |       |
| 現在の状況              | 入院中                       | バックベッド<br>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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ※直近1ヵ月のもの 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 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                                      |
| フェイスシート  | <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。ご協力宜しくお願いいたします。   |  |
| その他 伝達事項<br>(医療処置・ADL・<br>認知症など) | ※その他申し送り事項ございましたら、ご記載をお願いいたします。   |  |
|                                  | 医療処置： 点滴 CVポート ・ 気切後 ・ 褥瘡 ・ ストーマ ・ 酸素療法<br>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（ ）                    |  |

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。