

扇橋診療所 新規「在宅（訪問）診療」依頼シート FAX：03（3630）1632

依頼日	年 月 日	事業所名			
		担当者名			
		電話番号			
ふりがな		性別	年齢	【家族構成】	
患者名	様	男・女	歳		
生年月日	M・T・S	年	月 日		
電話番号	自宅：				
	携帯：				
住所	〒 マンション名・アパート名まで記載をお願いします。				
病名				主訴	
キ-パ-ソン	氏名	様（続柄）		自宅：	
	住所	〒		携帯：	
キ-パ-ソン	氏名	様（続柄）		自宅：	
	住所	〒		携帯：	
経過					
通院医療機関	（病院・診療所）		科	医師	
通院医療機関	（病院・診療所）		科	医師	
訪問診療を依頼した理由					
介護保険	未申請・申請中・非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
ケアマネ-ジャ 訪問看護 訪問介護 デイサ-ビス	有/無		担当者名		電話番号
	有/無		担当者名		電話番号
	有/無		担当者名		電話番号
	有/無		担当者名		電話番号
医療処置内容	栄養	IVH ・ 経管栄養 ・ 胃瘻造設 ・ その他（ ）			
	排泄	バルンカテ-テル ・ 自己導尿 ・ 人工肛門 ・ 膀胱瘻 ・ 胃瘻			
	呼吸	ネブライザ- ・ 喀痰吸引 ・ 在宅酸素（ L） ・ 気管切開 ・ 人工呼吸器			
	その他	褥瘡 ・ インシュリン注射 ・ ペースメ-カ 埋込 ・ その他（ ）			
備考					

既に利用されているサービス状況

医療・介護保険のサービスを簡単にご記入ください。

	月	火	水	木	金	土	日
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
備考							