

訪問診療依頼書

南部地区医師会
南部在宅医療介護支援センター

記入日：令和 年 月 日

FAX 098-851-8842

TEL 098-851-3650

依頼者	
医師・看護師・ケアマネジャー・家族・施設管理者・介護職 その他（ ）当てはまるものを○で囲んで下さい	
連絡先 TEL	FAX

- 訪問診療を希望される方は、当支援センターへ電話にてご相談ください。
- その後、本依頼書に患者情報をご記入の上、FAXにて当事務局へご送信ください。
- 個人情報保護のため、氏名、住所、家族の連絡先は無記入または黒塗りしてFAXしてください。
当支援センター受理後に氏名、住所、家族等は確認させていただきます。

1. 患者様の基本情報

患者氏名		連絡先	自宅・施設	TEL :	FAX :
住所	〒 -				
性別	男・女	生年月日	大正・昭和 年 月 日生まれ（ 歳）		
医療保険	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者 ・ 生活保護 ・ その他（ ）				
介護保険	未申請・認定済み（要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5）				
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 主介護者名 続柄		家族の緊急連絡先		
簡略してご記入ください。	<input type="checkbox"/> 同居 主介護者名 続柄		氏名		
	家族構成		携帯電話		
現在の療養状況	1. 在宅療養中 2. 入院中（医療機関名： 退院予定日（令和 年 月 日予定） 3. 施設入所中（施設名： 4. その他			医療機関名（定期通院先） 診療科： かかりつけ医	

2. 診断名・現在の状況 ※診療情報提供書を添付する場合は、下記の1)と2)は記載省略可

1) 診断名・既往歴
2) 患者状況（治療内容、ADLなどの現状、予後、告知の有無など）
3) 医療処置 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※ 該当する処置をチェックしてください <input type="checkbox"/> 経管栄養管理（ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル管理 <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他