

訪問診療依頼書

赤羽まえの内科医院 宛

FAX : 03-3906-6580

ご依頼人 氏名	患者さんとの続柄 ()		
ご依頼人連絡先TEL			
患者氏名	フリガナ	男・女	年齢
		TEL :	
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
ご住所	〒		
介護認定	有・無・申請中	介護度：	要支援 要介護(1・2・3・4・5)
通院(在宅)	医療機関名	TEL :	
	主治医	科	医師
入院中	医療機関名	TEL :	
	主治医	科	医師
	退院日	月 日	予定・確定
主病名		経緯・状況	
既往歴			
問題点や事前の準備等	<input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 薬内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 呼吸：在宅酸素・気管切開・人工呼吸器・ネブライザー・喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 栄養：CVポート・IVH・経管栄養・胃瘻・腸瘻・その他() <input type="checkbox"/> 排泄：バルーンカテーテル・尿カテーテル・人工肛門・膀胱瘻・胃瘻・オムツ <input type="checkbox"/> その他：褥瘡・インシュリン注射・人工透析・ペースメーカー <input type="checkbox"/> 社用具：ベッド・車いす・歩行器・手すり 他()		
緊急連絡先 (キーパーソン)	氏名	続柄	
	住所	男・女	
	TEL・携帯	同居・別居	
ケアマネジャー事業所名			
担当者名	TEL:	FAX:	
訪問看護ステーション名			
担当者名	TEL:	FAX:	
その他	*ご希望、連絡事項等ありましたらご記入ください		

*ケアプラン、フェイスシート、サマリー等直近の情報がありましたら、あわせてご送付お願いいたします。