

からきだ駅前クリニック

FAX : 0 4 2 - 3 7 6 - 3 8 2 1

TEL : 0 4 2 - 3 7 6 - 3 8 0 0

## 訪問診療依頼票

事業者様お名前

御担当者様お名前

ご連絡先 TEL :

FAX :

ご依頼日 年 月 日

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| フリガナ            | 生年月日 M・T・S 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |
| 患者氏名            | 年齢 歳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 男・女                 |
| ご住所             | 〒 自宅Tel 携帯Tel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |
| 医療保険            | 国保・後期高齢・社保・生保                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 負担割合 割              |
| 障害者手帳           | 有（身体・療育・精神） 無（申請中・申請予定）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |
| 介護保険            | 未申請・申請中・取得（要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 負担割合 割              |
| 寝たきり度           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 交通機関利用 <input type="checkbox"/> J2 近隣外出<br><input type="checkbox"/> A1 介助で外出 <input type="checkbox"/> A2 外出少、寝たり起きたり<br><input type="checkbox"/> B1 主にベット、座位可、排泄トイレ <input type="checkbox"/> B2 介助で車いす<br><input type="checkbox"/> C1 ベット上、寝返り可 <input type="checkbox"/> C2 寝返り不可              |                     |
| 自立度             | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I 日常生活自立程度<br><input type="checkbox"/> II a 誰かが注意で自立、家庭外 <input type="checkbox"/> II b 誰かが注意で自立、家庭内でも<br><input type="checkbox"/> III a 食事更衣排泄など介護を要する、日中 <input type="checkbox"/> III b 食事更衣排泄など介護を要する、夜間<br><input type="checkbox"/> IV 1日中介護を要する <input type="checkbox"/> M 著しい精神症状あるいは重篤な身体疾患 |                     |
| キーパーソン          | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 続柄 同居(○×) キーパーソン連絡先 |
| ①               | ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 自宅 携帯               |
| ②               | ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 自宅 携帯               |
| ③               | ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 自宅 携帯               |
| かかりつけ医          | 無・有（医療機関名： ）診療情報提供書： 有・無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |
| 病名              | (不明の場合は空欄でも構いません)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |
| 経過（訪問診療に至る経緯）   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |
| その他・備考（家族の要望など） |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |

\* ご記入いただきありがとうございました。初回訪問日などの調整について折り返し連絡させていただきます。