青空ホームクリニック　行　　FAX：０２９－８９６－８８５０

訪問診療依頼書

平成　　年　　月　　日

当クリニックでは訪問診療を円滑に開始するために下記の内容についてご記入をお願いしています。

【氏名】カナ 様	【年齢】　　歳 【性別】男・女	【介護認定】　有・無・申請中 【介護度】支・介（1・2・3・4・5）
【住所】　（入院中・自宅・施設入居）	【電話】 【駐車スペース】　無・有	
【依頼元】 ご家族・職種〔　　〕 お名前	【依頼経緯】 〔CM・訪看・主治医〕の勧め 〔本人・家族〕の希望	
【ケアマネージャー】 施設名　　TEL ご担当　　CM	【訪問看護】　利用中・利用していない・調整中 施設名　　TEL ご担当　　様	
【薬局】　　薬局　　□家族受取　□薬局宅配		
【現在の病院】　　病院　　科　　先生		
【退院予定日】（入院中の場合）　月　　日 AM・PM　　時ごろ　未定〔今週中・来週中〕　時ごろ		

【病名】

【経緯・状況】

【家族背景・キーパーソン】

連絡先

【ご本人・ご家族の要望】

【前段階準備・問題点】

↓チェックを入れてください

□介護力

□内服管理

□リハビリ

□栄養〔胃ろう〕

□気道管理〔吸引・気管切開〕

□排泄〔ｵﾑﾂ・尿ｶﾃｰﾃﾙ・ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ〕

□皮膚・褥瘡

□医療不信

□その他

【導入予定のｻｰﾋﾞｽ】・訪看　・ﾃﾞｲ　・訪問入浴　・ﾍﾙﾊﾟｰ　・訪ﾘﾊ

【現在のｻｰﾋﾞｽ】　・訪看　・ﾃﾞｲ　・訪問入浴　・ﾍﾙﾊﾟｰ　・訪ﾘﾊ

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							

【後方連携】

定期・他科受診など予定も含めご記入ください

【その他】連絡事項等がございましたらご記入ください