

訪問診療依頼書

申込日 年 月 日

申込者氏名

利用者さんとの御関係()

ふりがな	男 女	大正・昭和・平成	
【利用者氏名】		年 月 日	(歳)
【住所】			
電話番号		FAX 番号	
【申し込み理由】 (経緯 状況)			
【伝えておきたい事 苦痛な症状等】			
【歩行障害】 有 ・ 無			
【病名】			
【現況】 <input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中			
【家族背景・キーパーソン】			
【今回の申し込みに関する連絡先】			
1・氏名	続柄	電話番号	
2・氏名	続柄	電話番号	
【依頼経緯】 (CM・訪看・主治医) の勧め (本人・家族) の希望		【現在の病院】 科 病院先生	
【初回訪問診療希望日】			
①	月 日	曜日	午前 / 午後 ~
【介護保険証】 有 ・ 無 ・ 申請中			
要介護状態区分 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
【居宅介護支援事業所】			
担当者名			
【健康保険証】 国保・後期・社保・共済・生保・その他()			
【身体障害者手帳】 有・無 【公費保険証】 有・無 【難病医療券】 有・無			
【感染症】 有・無 (ありの場合は該当するものに○)			
梅毒 HCV HBV MRSA		その他	