

# 訪問診療相談兼依頼用紙

当院への訪問診療の依頼・問い合わせにご利用ください。

南生協よってって横丁 よってって在宅診療所 TEL 052-626-1215 FAX 052-626-1216

依頼日： 年 月 日（曜日）

○患者さんについて

お名前 \_\_\_\_\_（イニシャルでお願いします） 年齢 \_\_\_\_ 歳 性別 男・女

住所 \_\_\_\_\_（番地記載不要）

当院受診歴 有（ID：・ \_\_\_\_\_）・無

介護度 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5・申請中・区分変更中

ケアマネージャー 事業所（ \_\_\_\_\_ ）担当（ \_\_\_\_\_ ）

主病名 \_\_\_\_\_ 既往症 \_\_\_\_\_

現病歴（訪問診療依頼までの経緯）

[ \_\_\_\_\_ ]

○訪問診療の利用目的（必要とされる医学的介入など）

[ \_\_\_\_\_ ]

○キーパーソンと同居者・家族構成

備考欄

[ \_\_\_\_\_ ]

○訪問看護利用 有（事業所： \_\_\_\_\_）・無（理由： \_\_\_\_\_）

その他追記事項（在宅診療導入希望時期など）

[ \_\_\_\_\_ ]

○お問い合わせ主

お名前 \_\_\_\_\_ 御所属 \_\_\_\_\_

業種 相談員・ケアマネジャー・看護師・医師・その他（ \_\_\_\_\_ ）

連絡先 TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました。検討の上、速やかに返答させていただきます。

南生協よってって横丁よってって在宅診療所 訪問診療導入用紙 ver.2.6 2018/12/20 作成