

## ( 往 診 ・ 訪 問 診 療 ) 依 頼

フリガナ		生年月日
本人氏名	男・女	年 月 日 ( 歳)
住 所	〒 -	連絡先 ( 自宅・携帯 )
訪 問 先 ( 自宅・施設 )	〒 -	施設名: 連絡先:
キーパーソン①	氏名:	本人との続柄:
住 所 ( 同居・別居 )	〒 -	連絡先 ( 自宅・携帯 )

### ◆ 現在の受診状況

病 名			
薬の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
医療機関名			
主治医	診療科:	診療科:	診療科:

### ◆ 介護保険・医療保険情報

ケアマネージャー	事業所名: 連絡先:	担当者名
要介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	申請無し・申請中 ( 認定調査 未・済 ) 区変中 ( 申請日: )
介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
訪問看護介入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ステーション名:
医療保険情報	<input type="checkbox"/> 社会保険 ( 本人・扶養 ) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 ( 本人・扶養 ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 指定難病 ( 自己負担上限額: 円)	

### ◆ 使用機器や状態など

在宅酸素  気管切開  吸引器  胃瘻・腸瘻  人工肛門  中心静脈栄養  経鼻栄養  
 輸液ポンプ  透析 ( 維持・腹膜 )  ペースメーカー  看取り  人工呼吸器(※)  
 褥瘡 ( 部位: )  留置カテーテル ( )

※人工呼吸器使用の方の”訪問診療”はお引き受けできませんが、単回往診や”訪問診療2”での診察は検討可能です

### ◆ その他

