

新規訪問問診依頼票

医療法人社団 緑の森 さくらクリニック
TEL : 03-5358-8321 / FAX : 03-5358-8322

さくらクリニックでは、通院が困難な患者様のお宅へ訪問診療を行っています。
ご希望の方は下記の依頼表をお送りいただき、お電話にてご相談ください。
詳しい内容は、改めてお尋ねしますので差支えない範囲でご記入下さい。

ふりがな 患者氏名		男・女
生年月日	T/S/H 年 月 日	歳
住所	〒	
電話	携帯電話	
他連絡先	氏名	関係性
医療保険等 公費 介護保険	国・社・高齢受給者証2/3・後期1/2/3・限度額認定証 生保・難病・マル都・マル障・他（ ） 非該当・未申請・申請中・要支援1/2・要介護1/2/3/4/5 介護負担割合証1/2/3 身体障害者手帳（障害部位： 級、障害区分 ） ※全ての有効期限確認・コピーを準備してください。	
ケアマネージャー又は障害支援専門員 事業所名 住所 連絡先 担当者名	〒	
主病名		
既往歴		
経過・現在の状況・今後の方針等	※診療情報提供書・訪看サマリー等ある場合は添付してください。	
現在の内服中の薬※お薬手帳がある場合は添付してください。	かかりつけ薬局名：	

新規訪問問診依頼票

相談者氏名			
関係・所属機関		連絡先	
かかりつけ医	担当医	科	先生
連絡先			
次回外来予定日			
現在の療養状況	在宅	入院中	入所中
		入院・入所先	
日常生活動作			
移動	自立	一部介助	全介助
食事	経口（常食・全粥食・軟食）		経管栄養 回/日
排泄	トイレ（自立・介助）		ポータブルトイレ（なし・あり）
	おむつ使用（なし・あり）		尿道カテーテル（なし・あり）
入浴	自宅（自立・介助）		回/週
	ポータブルトイレ（なし・あり）		おむつ使用（なし・あり）
	尿道カテーテル（なし・あり）		
	訪問入浴	回/週（曜日：月火水木金土日）	
	通所施設	回/週（曜日：月火水木金土日）	
精神状態	（なし・あり） ※暴言暴力、幻覚押送、徘徊、昼夜逆転等		
意思疎通	（できない・できる）		
→できない場合は、どういった問題がありますか。（難聴・認知症・高次機能障害等）			
現在使用中の医療処置・機器があれば丸または記載してください。			
気管切開	人工呼吸器		
中心静脈栄養	胃婁・腸瘻	造設日	
尿道カテーテル	その他		
家族構成や介護状況 ※週間サービス予定表がある場合は添付ください。			
家族構成	未婚・既婚	子（なし・あり 人）	兄弟（なし・あり 人）
家庭環境	独居	同居	その他（ ）
主介護者	氏名:	関係性:	連絡先:
利用しているサービス ※事業所名・連絡先・利用日・利用時間をお知らせください。			
デイサービス	事業所名	連絡先	利用日
ヘルパー	事業所名	連絡先	利用日
訪問看護師	事業所名	連絡先	利用日
その他訪問	歯科	リハビリ	入浴
	その他（ ）		
訪問診療への希望			
ご本人		ご家族	