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	国・社・高齢受給者証2/3・後期1/2/3・限度額認定証				
公費	生保・難病・マル都・マル障・他（　　）				
介護保険	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			氏名：		
事業所名					
住所	〒		電話番号：		
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：		

令和5年6月改定

裏面も記載お願いします。

新規訪問問診依頼票

相談者氏名　　関係性
所属機関　　連絡先

かかりつけ　　病院・クリニック
担当医　　科　　先生
連絡先　　次回外来予約：　月　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　　短資装具・杖・歩行器・車いす・その他
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
訪問入浴　回/週（曜日：月火水木金土日）　事業所名；
通所施設　回/週（曜日：月火水木金土日）　事業所名；

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　（できる・できない：　）※難聴・認知症・高次機能障害等

現在使用中の医療処置や機器がわかる場合は、丸または記載してください。
気管切開　交換頻度：　人工呼吸器
中心静脈栄養　胃婁・腸瘻　交換頻度：
尿道カテーテル　交換頻度：　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。
訪問看護　事業所名　連絡先
利用日時：____回/週（曜日：月火水木金土日）

訪問リハビリ　事業所名　連絡先
利用日時：____回/週（曜日：月火水木金土日）

ヘルパー　事業所名　連絡先
利用日時：____回/週（曜日：月火水木金土日）

デイサービス　事業所名　連絡先
利用日時：____回/週（曜日：月火水木金土日）

その他訪問　歯科・マッサージ・その他（　）

訪問診療への希望
ご本人　　ご家族

令和5年6月改定