

在宅訪問診療 新規依頼票

※ 現在お分かりになる範囲内で結構ですのご記入をお願いいたします。大変お手数をおかけいたします。

ふりがな		
患者氏名		男・女
生年月日	大正 / 昭和 / 平成 年 月 日 (歳)	
住所	(〒 -)	
電話番号	(自宅) (携帯)	
緊急時	(お名前・続柄) (携帯)	

入院医療機関・主治医	(医療機関名) (科・担当医)
傷病名・既往歴	
医療機器使用状況	在宅酸素・経管栄養(胃瘻)・中心静脈・留置カテーテル・在宅自己注射(血糖管理)・
病状の経過・現在の状態	在宅療養中・現在入院中(退院予定日: /)・カフアルミス予定(有・無)・指示書(1か月分/ライフがCLで)

家族構成・介護の状況	
在宅療養のご希望など	

医療保険	保険種類: 国保(割)・社保組合(割)・後期高齢者(割)・生活保護(保護担当者)
	公費減額証明書・負担割合証など (あり・なし) 【 難病・障害者・母子・乳児・所得減額証明書 】
介護保険	(保険者番号) (被保険者番号) / 要介護・要支援()
	(認定有効期間) R・H 年 月 日 ~ R・H 年 月 日 / 負担割合: 割

居宅介護支援事業所		医療機器: 設置日 /
ケアマネージャー/電話	電話	業者名:

訪問看護ステーション	導入予定なし・現在検討中なので手配して欲しい・訪問中(事業所名:)
------------	------------------------------------

薬局	薬局 店 tel: fax:
----	----------------

ご依頼者	(ご氏名)
	(ご所属)
	(お電話/FAX) /

※ご記入ありがとうございました。今後ともどうぞよろしくお願いたします。