

## 【往診診療依頼シート】

申し込み日 R 年 月 日 受付担当( ) 初診日 R 年 月 日( ) :

当クリニックでは、訪問診療を円滑に開始するために下記の内容についてご記入をお願いしております。

分かる範囲でのご記入を頂きましたら、FAX または郵送にてご返信ください。ケアプラン、フェイスシート、サマリー、直近の情報もございましたら、併せてご送付お願いします。

<b>ご相談者氏名</b> _____ 様
医療機関・事業所(部署)名・個人の方はご紹介者様 _____
※施設名のご記入を必ずお願い致します。 TEL _____ - _____ - _____ FAX _____ - _____ - _____

フリガナ 名前		男・女	歳	【生年月日】 T・S・H 年 月 日		
訪問先住所	〒 _____ - _____					
電話番号	_____ - _____		携帯番号	_____ - _____		
駐車スペース	無 ・ 有 ( _____ )					
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 ( _____ 病院)( _____ / _____ 退院予定) <input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名 _____ )					
既往(病名)						
薬アレルギー 有無	有 ・ 無 有の場合( _____ )					
依頼内容・ 現在の状況						
残薬	( _____ )日分・不明	開始希望時期	_____ 月 _____ 日から希望			
処方箋について	<input type="checkbox"/> ご家族の方が調剤薬局に取りに行ける <input type="checkbox"/> 取りに行けない (普段ご利用の薬局名 _____ TEL: _____ )					
【現在利用中のサービス・介入不可の日程】 下記へご利用の番号、訪問希望・不可の曜日、時間等をご記入下さい。						
① 訪看 ② デイ ③ 訪問入浴 ④ ヘルパー ⑤ 訪問リハビリ ⑥ その他( _____ )						
	月	火	水	木	金	土
AM						
PM						
訪問希望日・時間						
健康保険	国保・後期・社保・その他		公費	特定疾患医療証 あり ・ なし		
			あり・なし	心身障害医療証 あり ・ なし		
介護認定	なし ・ 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	事業所			電話	_____ - _____	
	担当者			FAX	_____ - _____	
訪問看護利用の有無	なし ・ あり (事業所名: _____ )(TEL: _____ )					
キーパーソン	様	続柄			緊急連絡先	_____ - _____
	同居・別居 (住所: _____ )					

医療法人社団 恵西会 恵比寿ウエストヒルズクリニック

TEL:03-5489-0333 FAX:03-5489-0334