

# 訪問診療依頼用紙

ご依頼日[ ] [ ]

<b>ご依頼の方</b> 医療機関の方 医療機関名[ ] [ ] 課] ご依頼者のお名前[ ] TEL[ ]	
ケアマネージャーの方 事業所名[ ] ご依頼者のお名前[ ] TEL[ ]	
他	
フリガナ	
患者名	男 女 住所
生年月日 T・S 年 月 日生 歳	TEL
病名	医療処置 [ あり なし ] 内容
医療機関名 [ ] 最終処方日 [ ] 処方日数 [ ] 日分	緊急時依頼元医療機関の受け入れ [ 可 不可 不明 ]
経過等	癌終末期の方の場合
	在宅看お取り希望 [ あり なし 不明 ]
	麻薬使用 [ あり なし ]
	ご家族について 男性□ 女性○  ご本人:二重に亡くなった方:塗りつぶす 同居:○でかこむ キーパーソン:☆ 主介護者:△
介護保険について	日常生活動作等
介護度 [ ]	食事
居宅介護事業所	排泄
TEL	清潔
担当ケアマネジャー	移動動作など
サービス等について	認知症症状
●訪問看護 [ あり なし ]	会話
24時間契約 [ あり なし ]	備考
事業所	
●デイ [あり なし] [ ] 回/週・曜日 [ ]	
●他	
※お願い ご家族に下記の説明をお願いいたします 済みましたら○をつけてください。	
	訪問診療の料金お伝え 1割:6500円、2割:13000円、3割:19500円 /月 (基本2回で おおよそ)
	診療時はご家族同席していただくこと