訪問診療依頼用紙

ご依頼担当者情報　　ご依頼日[　　/　　/　　]	
医療機関(部門)又は、事業所名[　　]	[職種:　　]
ご担当者氏名[　　]	TEL[　　－　　－　　]

患者情報		
患者名	**男　女**	**住所:**
生年月日　T・S・R　　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(訪問診療の申し込みに至る理由)		**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 ｷｰﾊﾟｰｿﾝ　続柄:　　氏名: 家族構成
介護保険について		**日常生活動作等**
介護度[要支援 1　2 要介護 1　2　3　4　5　その他]		食事　自立・一部介助・全介助
居宅介護事業所		排泄　自立・一部介助・全介助
TEL・携帯		清潔　自立・一部介助・全介助
担当ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ		移動動作など　自立・杖歩行・車椅子
サービス等について		認知症症状　あり・なし
●訪問看護[あり なし] 24時間契約[あり なし] 事業所名 :　[　回/週・曜日　]		会話　可・不可・筆談
●ﾍﾙﾊﾟｰ　[あり なし][　回/週・曜日　]		備考
●ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ[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　済みましたら〇をつけてください。	
	訪問診療の料金(概算)お伝え　1割:6,468円、 2割:12,936円、 3割:19,404円　/月　(基本2回/月)
	訪問診療時はご家族同席をお願いしています。

2024.7修正