

# 訪問診療依頼票

ぽかぽかメンタルクリニック 宛

FAX : 03-6861-9802

TEL : 042-512-5021

《ご依頼元情報》

(ご依頼者をご家族の場合、ご記載頂く方の氏名・続柄をご記載ください)

事業所名 :

担当者名 :

TEL :

※不明または該当のない項目は空欄で結構です。

患者氏名	男 ・ 女	歳
生年月日	年	月 日
住所	〒	
訪問時の留意点や駐車スペース	独居 ・ 同居 (詳細 : )	
TEL		
キーパーソン	氏名	(続柄 )
(ご連絡が取れるご家族の方)	TEL	
現在の状況	通院中	病院名
	入院中 (退院予定日 )	病院名
主なお困りごと		
既往症		
これまでの経過		

医療処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>・尿道カテーテル</li> <li>・褥瘡</li> <li>・血糖測定チェック</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・酸素療法</li> <li>・点滴</li> <li>・インスリン</li> </ul>		
健康保険の種類	被用者保険	国民健康保険	後期高齢者医療制度	
自立支援医療	有		無	
障害者手帳	1級	2級	3級	無
障害年金	1級	2級	3級	無
介護認定	未申請 ・ 申請中 (申請日: )			
要介護認定の区分				
ケアマネジャー	事業所名 担当者名			
訪問看護	事業所名			