六甲道診療所 行　ＦＡＸ８１１－５９５９

訪問診療依頼書

年　月　日

当院では訪問診療の開始前に下記の内容についてご記入をお願いしています。
FAX あるいは郵送にてご返信ください。ケアプラン、フェイスシート、サマリー等、直近の情報も合わせてご送付願います。
下記の内容が他の情報提供書類と重複する場合は空欄で結構です。

【氏名】カナ　　様	【年齢】　才 【性別】　男・女	【介護認定】 有・無・申請中 【介護度】支・介〔1・2・3・4・5〕
【住所】〔入院中・自宅・施設入居〕	【TEL】　－ 【駐車ｽﾍﾟｰｽ】 無・有〔場所⇒　　〕	
【依頼元】 職種（　　）・ご家族　TEL　－ お名前　　様	【依頼経緯】 〔CM・訪看・主治医〕の勧め 〔本人・家族〕の希望	
【ケアマネジャー】 施設名　TEL　－ 担当　CM	【訪問看護】 利用中・利用していない・導入調整中 施設名　TEL　－ 担当　Ns	
【現在の病院】　病院　科　先生		
【退院予定日】（入院中の場合）　月　日（　）AM・PM　未定の場合〔来週中・今月中・　頃〕		

【病名】
【経緯・状況】

【家族背景・ｷｰﾊﾟｰｿﾝ】

【ご本人・ご家族の要望】

【問題点・前段階準備】
↓チェックを入れて下さい
□介護力
□医療不信
□内服管理
□リハビリ
□栄養〔胃ろう〕
□気道管理〔吸引・気管切開〕
□排泄〔ｵﾑﾂ・尿ｶﾃ・ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ〕
□皮膚・褥創
□その他

【導入予定のｻｰﾋﾞｽ】・訪看　・ﾃﾞｲ　・訪問入浴　・ﾍﾙﾊﾟｰ　・訪ﾘﾊ

【現在のｻｰﾋﾞｽ】　①訪看　②ﾃﾞｲ　③訪問入浴　④ﾍﾙﾊﾟｰ　⑤訪ﾘﾊ

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							

【後方連携】定期・他科受診など予定も含め記入下さい

【その他】連絡事項等ありましたらご記入ください