

訪問診療依頼書

岡クリニック(TEL:055-995-1188/FAX:055-992-6969)

令和 年 月 日

依頼者	
(医師・看護師・ケアマネージャー・家族・MSW・その他)○で囲んでください	
ご連絡先	TEL:

1.基本情報

患者氏名					
住所	〒				
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生				
年齢	歳	性別	男・女	要介護度	非該当・未申請・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
家族構成 ※簡単に結構です	①独居:主介護者(本人との関係)→				
	②同居:主介護者(本人との関係)→				
	家族構成→				
現在の療養状況	1.在宅療養中		2.入院中(医療機関名:) 退院予定日(月 日 予定)		
	3.施設入所中 (施設名称:)			4.その他()	

2.診断名・現在の状況(分かる範囲内の記載で結構です)

1)診断名・既往症

2)患者状況(現状・経過・治療内容・予後・告知の有無等)

3)医療処置 チェックしてください

- 経腸栄養療法 (①経鼻 ②胃ろう ③腸ろう ④その他)
- 尿道カテーテル管理 ストマ管理
- 在宅酸素 点滴
- その他() なし