

国分生協病院 在宅グループ行き【責任者：外来看護師長・外来事務課長】

訪問診療依頼書（施設入所者用）

FAX : 0995-45-4938

CP 令和 年 月 日

フリガナ	年齢	性別	介護認定	介護度
お名前	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
住所 〒	TEL		開始希望日 年 月 日 ()	
保険証 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生保	身長	cm	体重	kg
身障手帳 <input type="checkbox"/> 有 () 級 [<input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> その他 ()] <input type="checkbox"/> 無				

●依頼者（施設名及び担当者）

施設名	担当者	TEL
-----	-----	-----

●ケアマネージャー

事業所	お名前	TEL
-----	-----	-----

●現在のかかりつけ医からの情報・生活状況（※ かかりつけ医がある場合は別途、診療情報提供書を添付して下さい）

機関名	医師	開始希望日 月 日 () ごろ
病名	生活状況 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他 ()	
経緯・状況	問題点・処置準備 <input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 栄養[胃瘻] <input type="checkbox"/> 気道管理[吸引・気管切開] <input type="checkbox"/> 皮膚・褥そう <input type="checkbox"/> 排泄[オムツ・尿カテーテル・ポータブル] <input type="checkbox"/> その他 []	
家族構成 同居家族 () 名 <input type="checkbox"/> 独居	主介護者（キーパーソン） 続柄 ()	

国分生協病院 0995-45-4806