

こがねまるクリニック訪問診療所 診療依頼シート

* おわかりになる範囲内でご記入ください。

20 年 月 日

■ご相談者様について

ご相談者様氏名	様	TEL
患者様とのご関係		FAX

■患者様について

患者様氏名	様	(ふりがな： さま)
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	(歳) 男性 ・ 女性
患者様住所 (ご訪問先)	〒	
TEL	固定電話：	携帯：
現在の状況	□在宅 □入所中 (施設名：)	
	□入院中 (病院名：)	退院予定： カンファ：未・済・無)
現在のかかりつけ医	病院・医院	科 担当医： 先生
診療情報提供書	依頼済	・ 未
診断名		
経過・治療内容		
日常生活動作	□寝たきり □車イス (介助) □車イス (自力) □杖歩行 □自立	
必要な医療処置	□胃ろう □経鼻経管栄養 □中心静脈栄養 □末梢点滴 □尿道カテーテル □褥瘡・創傷治療 □人工呼吸器 □気管切開 □血糖管理 □ストマ管理 □ドレナージ □喀痰吸引 □緩和ケア・麻薬管理 □在宅酸素 □その他	
保険情報	医療 (: 割) 公費：生保・医療費助成・障害者手帳・難病・自立支援 介護：未申請 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5	
サービス 利用状況	ケアマネ事業所名： 担当者名： 様 訪問看護事業所名： 担当者名： 様 デイサービス利用 なし ・ あり (月 火 水 木 金 土 日)	

■キーパーソン（もしくは主介護者様）の情報

キーパーソン氏名	様 (続柄：)
キーパーソン住所	〒
TEL	固定電話： 携帯：

*届き次第、翌営業日
までにお返事致します。

こがねまるクリニック訪問診療所 北九州市八幡西区馬場山緑9番7号

TEL：093-616-2171 FAX：093-616-2172