

訪問診療依頼書（個人用）

申込日： 年 月 日

施設・事業所名：

住所：〒

管理者又は記入者氏名：

電話：（ ） —

フリガナ 患者様氏名			男 ・ 女	家族構成
			年齢 歳	
ご住所 (住民票の住所)	〒 *建物名の記載をお願いします			
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日	電話番号： () —		
主な 介護・支援者	氏名：		関係：	電話：() —
	住所：〒			

希望される医療	精神科・内科	他の医療機関の診療	あり（医療機関名： ）・なし	
保険情報	1.国保 2.後期高齢 3.社保 4.障がい 5.難病 6.生保 7.その他（ ）			自立支援医療について 利用中・利用しない・申請希望
	介護保険	未申請 要支援（ 1 ・ 2 ） 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） 申請中 申請予定		
障がい者手帳	なし ・ あり （ 身体 ・ 精神 ・ 療育 ） 「あり」の方 → 等級（ ） 区分（ ）			
ケアマネジャー 支援相談員	事業所： 担当者： 連絡先：			
訪問看護	利用する・しない	事業所：	担当者：	電話：() —
介護サービス	利用する・しない	事業所：	担当者：	電話：() —
薬局の希望	あり（薬局名 ） 電話：() — ・なし 希望がない場合はクリニックから提案させていただきます			

※グレー部分に関しては必ずご記入お願いします。不明な場合は不明と記入し、確認日をご記入ください。

※住所は住民票の住所をご記入ください。住所変更予定がある場合や居住地特例の方はその旨もお知らせください。

現状について

病 名	病名	病名
かかりつけ病院	病院名	病院名
	主治医	主治医
現在の状況・問題点・依頼内容		医療的な処置： なし ・ あり
		尿道カテーテル 経管栄養 インスリン注射 在宅酸素 その他（ ）
		アレルギー： なし ・ あり（ ）
		ご本人・ご家族の希望
		その他 ※連絡事項や書類作成依頼等あればご記入ください。