

訪問診療クリニック麒麟 訪問診療依頼書
 FAX 番号 06-6796-8943 令和 年 月 日作成

本申し込み用紙を FAX にてご送信ください。ケアプラン・フェイスシート・サマリー・お薬情報等、直近の情報も併せてご送付願います。下記内容が他の情報提供書と重複する場合は空欄でも結構です。

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| カナ 【氏名】 【生年月日】 年 月 日 | 【年齢】 歳 【性別】 男・女 | 介護認定：有・無・申請中 介護度：支・介（1・2・3・4・5・） |
| カナ 【住所】 （自宅・施設入所・入院中） | 【電話番号】 ① _____ ② _____ | |
| 【依頼元】 職種（ ）・家族：続柄（ ） お名前 電話番号 | 【依頼経緯】 紹介者（主治医・ケアマネ・訪看）の勧め （本人・家族）の希望 その他（ ） | |
| 【ケアマネージャー】 有・無 | 【訪問看護】 有・無・調整中 | |
| 施設名 | 施設名 | |
| 担当ケアマネ | 担当 Ns | |
| 【かかりつけ医】 ① _____ 病院 _____ 科 ② _____ 病院 _____ 科 | | |
| 【退院予定日】 年 月 日・未定 【通院】 最近の通院日 年 月 日・不明 | | |
| 【病名】 【現在の状況】 【家族背景・キーパーソン】 | 【問題点・依頼内容】 【ご本人・家族の希望】 | |
| 【その他】 ※連絡事項や書類作成依頼などあればこちらにご記入ください。 | | |