

# 訪問診療依頼書

申込日： 年 月 日

ご記入者様(所属先・氏名)：

ご記入者様連絡先： 電話： ( ) -

フリガナ 患者様氏名	(男・女) 年齢 歳	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒		電話番号 ( ) -
家族構成	1.独居→主な介護者： <span style="float: right;">ご家族様お住まい(地域)：</span> 2.同居→主な介護者：		

医療保険	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢(1割・2割) ・ 生保		
公費	難病 ・ 心身障がい者 ・ 自立支援 ・ その他公費 ( )		
介護保険	要支援(1・2) ・ 要介護(1・2・3・4・5) 申請中 申請予定 ・ 自立		
障がい者手帳	有 ・ 無 お持ちの方：等級(1・2・3・4・5・6)		
ケアマネージャー 又は 支援相談員	(有 ・ 無)	担当者名：	
	事業所名：	連絡先： ( ) -	
訪問看護	現在利用中・利用予定あり	担当者名：	
	事業所名：	連絡先： ( ) -	
介護ヘルパー デイサービス その他	現在利用中・利用予定あり	担当者名：	
	事業所名：	連絡先： ( ) -	

## 現状について

病名			
かかりつけの病院	(入院・通院)	診療科： _____ 科	
		主治医： _____ 先生	
現在の状況	問題点・依頼内容		
	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。		