

FAX番号：055-242-3701

記入日：令和 年 月 日

依頼者（医療機関、事業所名、氏名）：
依頼者と患者様の続柄：
依頼者のご連絡先：

1. 基本情報

患者氏名（ふりがな）：
性別： 男性 ・ 女性
住所：〒
生年月日： 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生（ 歳）
電話番号：

医療保険： 1割 ・ 3割 限度額適用認定証： 有 ・ 無 公費： 有 ・ 無
介護保険： 有 ・ 無 ・ 申請中 ・ 区分変更中
→ 要支援（ 1 ・ 2 ）
→ 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）

ケアマネジャー： 有 ・ 無	訪問看護： 有 ・ 無
事業所：	訪問看護ステーション名：
担当者名：	
連絡先：	

2. 現在の状況

①. 在宅療養中	②. 施設入所中（施設名称： ）」
③. 入院中（ 病院 科 先生 ）	
退院予定日（ 月 日予定）	
既往歴：（発症時期、病名、治癒・治療中について）	
患者状況：（現状・経過・治療内容・予後・告知の有無等）	
医療処置 チェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 経腸栄養療法（ ①経鼻 ②胃瘻 ③腸瘻 ④その他 ） <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル管理（ Fr） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人口呼吸器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 褥瘡	

- ・FAXまたはメール(info@osadazaitaku.com)でご連絡をお願いします。
- ・当院では、訪問診療開始前に、在宅相談外来（完全予約制）または、往診にて訪問診療の説明を行ったうえで、訪問診療の計画を立てます。
- ・診療情報提供書や、薬剤情報提供書が必要となることがあります。
- ・電話でのお問い合わせ（055-242-3700）は、平日の8時30分～17時の間にお願いします。