

# 《ほりごめクリニック》

## 訪問診療依頼シート

初回往診日: /  
堀米Dr

依頼日 令和 年 月 日

依頼元		担当者		連絡先	
現在	在宅(通院) ・ 入院中(退院日 / ) 主治医: 科 Dr.				
患者氏名	様		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日生 歳
住所	〒 (TEL )				
緊急連絡先 (キーパーソン)	①氏名	様 続柄( )	自宅 携帯		
	②氏名	様 続柄( )	自宅 携帯		
病名					
介護保険	未申請 ・ 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	事業所名		担当者		TEL
訪問看護	事業所名		担当者		TEL
	訪問看護指示書作成状況:			介護保険 ・ 医療保険	
薬局	薬局名		担当者		TEL
医療処置					
サービス利用 状況	訪問( 曜日)、訪問リハビリ( 曜日)、デイサービス( 曜日)				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族構成:</li> <li>・ADL 歩行:</li> <li style="padding-left: 20px;">食事:</li> <li style="padding-left: 20px;">排泄:</li> <li style="padding-left: 20px;">入浴:</li> <li>・今後も継続して受診予定の医療機関:</li> <li>・その他:</li> <li>・保険割合:</li> <li>・障害高齢者日常生活自立度:</li> <li>・認知症高齢者日常生活自立度:</li> </ul>				