


 訪問診療依頼書
 

依頼日：西暦 年 月 日

患者様情報	氏名	フリガナ	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
			年齢				歳
	住所	フリガナ	電話	固定	-	-	
		携帯		-	-		
		FAX		-	-		

依頼者様情報	氏名	フリガナ	続柄	家族・ケアマネ・その他 ( )		
				様		
	住所	フリガナ	電話	固定	-	-
		携帯		-	-	
		FAX		-	-	

訪問先情報	自宅	名前	フリガナ	駐車スペースの有無			
				有・無			
	他	住所	フリガナ	電話	固定	-	-
					携帯	-	-
			FAX	-	-		

主訴	
----	--

保険証	国保・社保・後期高齢	公費	生保・障害・その他 ( )
介護認定	無	要介護 ( 度) / 要支援 ( 度)	

通院困難な理由	心臓病 肝臓病 糖尿病 肺炎 甲状腺 脳梗塞 脳卒中 脳出血 認知症 高血圧 低血圧 骨粗鬆症 パーキンソン病 筋萎縮症 その他 ( )
	身体状況 寝たきり 車いす 起き上がれない 意思疎通ができない うがいができない

感染症の有無	無	B肝 C肝 HIV 梅毒
--------	---	--------------

医療機関名		診療科	
電話番号		担当医名	

備考	*ご質問やご希望など、なんでも記入してください*
----	--------------------------

担当ケアマネージャー	様	電話番号	-	-
事業所名		FAX	-	-
事業所番号				

※太枠内は必ず記入をお願いいたします。