

訪問診療シート

相談者	氏名		記入日	年 月 日
	患者様との関係(続柄)		電話番号	

患者様	氏名		年齢	
	フリガナ		性別	男・女
	住所	〒		
	電話番号		生年月日	年 月 日
	介護保険 該当するものに ○をつけてください	要支援(段階:)	申請中 / 未申請	
		要介護(段階:)	申請中 / 未申請	
	ケアマネ	事業所名		
		担当者		
		連絡先		
	訪看	事業所名		
		連絡先		
	薬局	薬局名		
		連絡先		
	状況 該当するものに ○をつけてください	自宅 / 入院中 / 施設入所 / その他 ()		
入院先 ()				

キーパーソン	氏名		年 月 日
	患者様との関係(続柄)		状況 同居 / 別居

病名			
主治医		特定医療費(指定難病)受給者証	有 / 無 / 申請中
その他 該当するものに ○をつけてください	IVH(中心静脈栄養) / CVポートあり / 胃瘻 / 腸瘻 HOT / 尿路カテーテルあり / 人工呼吸器あり		

芳縁在宅診療所八幡
TEL : 022-341-2882 FAX : 022-341-8896