

# 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	

患者様情報	氏名		年齢	
	フリガナ		性別	
	住所	〒		
	電話番号		生年月日	
	介護保険 該当するものに○をつけてください	要支援(段階: )	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			
	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 該当するものに○をつけてください	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 TEL: 022-341-2882 / FAX: 022-341-8896		
--	--	---