患者さまご紹介シート

ご施設名： **ご担当者名：**

電話番号： **FAX番号：**

訪問診療介入理由・症状

確認させて頂きたいこと
□ **住所：**
□ **名前：** （ 歳） □ **生年月日：**
□ **連絡先：**
□ **生活形態：** 独居 ・ 同居( )
□ **ケアマネージャー：** 有 ・ 無 →有の場合：（事業所名： /担当者： /連絡先： ）
□ **在宅医：** 有(診療所名：) ・ 無
□ **訪問看護**：有(事業所名:) ・ 無
□ **訪問リハビリ**：有(事業所名：) ・ 無
□ **在宅医療養指導管理料：**算定あり(**算定項目：**)・ 算定なし
□ **その他必要な医療処置**：( )
□ 入院中 ・ 外来通院中 入院中の場合→ 退院時カンファレンス： 有(日時：)・無・カンファ済(日付：)
□ **介護保険について**(65歳以上の方) 有 (介護度：)・ 無 ・ 申請中
□ **介護サービス利用状況**（サービス内容・曜日・時間・帰宅時間） → ( )
□ **透析について：** 有 ・ 無 →有の場合（病院名: /曜日:) (時間: /帰宅時間:)

TOWN訪問診療所板橋

電話番号：03-5964-5302　FAX：03-5964-5303