

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 |
| <input type="checkbox"/> 住所： |
| <input type="checkbox"/> 名前： (歳) <input type="checkbox"/> 生年月日： |
| <input type="checkbox"/> 連絡先： |
| <input type="checkbox"/> 生活形態： 独居 ・ 同居() |
| <input type="checkbox"/> ケアマネージャー： 有 ・ 無 →有の場合： (事業所名： /担当者： /連絡先：) |
| <input type="checkbox"/> 在宅医： 有(診療所名：) ・ 無 |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護： 有(事業所名：) ・ 無 |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ： 有(事業所名：) ・ 無 |
| <input type="checkbox"/> 在宅医療養指導管理料： 算定あり(算定項目：) ・ 算定なし |
| <input type="checkbox"/> その他必要な医療処置： () |
| <input type="checkbox"/> 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：) |
| <input type="checkbox"/> 介護保険について(65歳以上の方) 有 (介護度：) ・ 無 ・ 申請中 |
| <input type="checkbox"/> 介護サービス利用状況 (サービス内容・曜日・時間・帰宅時間) → () |
| <input type="checkbox"/> 透析について： 有 ・ 無 →有の場合 (病院名： /曜日：) (時間： /帰宅時間：) |

TOWN訪問診療所昭島

電話番号：042-544-1700 FAX：042-544-1706