

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

確認させていただきたいこと
<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訪問診療所三鷹

電話番号：0422-59-0280 FAX：0422-59-0281