

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

☐ 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訪問診療所沖縄

電話番号：098-963-5082 FAX：098-963-5083