

# 訪問診療申込相談シート

わかるところだけで良いので書いてください※1／太線枠内を記述してください／□には☑を入れてください

現在の状況について	現在入院中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	通院先： 入院先： <span style="float:right">■主治医[ ]</span> 病名： 退院予定日：	
	急いでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	理由：	
訪問診療を受けられる方について	氏名	：	：	
	生年月日・年齢・性別	□大正・□昭和 [ ]年[ ]月[ ]日生■[ ]歳■□男・□女	：	
	住所・電話番号	：	■Tel： [ ]	
	ご本人と同居されている方の人数	[ ]人■ご関係[□配偶者・□子供・□子供の配偶者・□孫・□その他]	：	
主に介護されている方について	氏名[ ]■ご関係[□配偶者・□子供・□子供の配偶者・□孫・□その他]	□同居・□同一敷地内別居・□別居	：	
診療所との窓口になる方について	氏名・続柄	氏名[ ]■続柄[ ]	：	
	住所・電話番号	：	■Tel： [ ]	
訪問日時についてのご希望について※2	ご希望の訪問回数	□1ヶ月・□1週間 あたり[ ]回	：	
	都合の良い曜日	[ ]曜日 *複数可	：	
	ご希望の訪問時刻	午後[ ]時ころ ■他に希望あれば書いてください[ ]	：	
現在の介護状況について	介護区分	□要支援[ ]・□要介護[ ]・□未申請	：	
	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	氏名[ ]■所属先[ ]	
	ご使用の介護保険内容	デイサービス	1週間あたり[ ]回	：
		ショートステイ	1ヶ月あたり[ ]日	：
		リハビリテーション	□1ヶ月・□1週間 あたり[ ]回 ■□訪問・□通所■業者[ ]	：
訪問看護	□1ヶ月・□1週間 あたり[ ]回 ■業者[ ]	：		
具体的に お尋ねします	訪問診療をご希望の理由	：	：	
	何か困っている事	ご本人	：	
		ご家族	：	
	現在の病気	：	：	
	ご本人の生活状況	：	：	
	ご家族の状況	：	：	

※1 このシートは、訪問診療が可能かどうか判断する資料とさせていただきます。  
 ※2 ご希望どおりにならない場合がございますので、あらかじめご了承ください。  
 書き切れない場合は、別の紙に書いてください。