



川崎ヒューマンクリニック 行

FAX : 044 - 854 - 5578

依頼日

H 年 月 日 ()

【 訪 問 診 療 】 新規依頼票

患者氏名	ふりがな		男・女	相談者	
				所属	
生年月日	M/T/S/H 年 月 日 (歳)		職 種		
			氏 名		
住 所			電話番号		
			かかりつけの医療機関		
電話番号			機関名		
			連絡先		
他連絡先			担当医		
			現在の療養状況		
現在環境	在宅・入院中・入所中 ()		在宅・入院中・入所中 ()		
	独居 ・ 同居 ()		訪問看護(ステーション名)・なし		
保険種類	社保 ・ 国保 ・ 船員 ・ 保険なし				
	公 費 負 担 医 療 (あり ・ なし)				
介護	【担当ケアマネージャー】 事業所:		氏名:		電話番号
	あり ・ なし	要支援 or 要介護 ()	保険者番号		
診断名 既往歴					
経過・現在の状況・今後の方針など			在宅診療へのご希望・ご要望があればご記入下さい		
			飲んでるお薬		
家族構成や介護の状況			日常生活動作		
			移動	・自立 ・要介助 ・車イス ・寝たきり	
			食事	・自立 ・栄養経過	
			排泄	・トイレ (自立 ・ 要介助) ・おむつ ・尿カテーテル	
			入浴	・自宅 (自立 ・要介助) ・訪問入浴 ・通所施設にて	
			精神状態	・幻聴妄想 ・俳諧 ・昼夜逆転等	
緊急時のご家族様のご連絡先			※必要な医療処置があればご記入下さい		
氏名		TEL			