

[記入例]訪問診療依頼書

2023年 1月 1日

やまぶき訪問クリニック宛

所属・部署（病院・事業所の方）  
やまぶき病院

TEL :043-253-1455  
FAX :043-253-1456  
Email :info@yamabuki.clinic

氏名（フリガナ）  
やまぶき一郎  
TEL:〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
FAX:〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

|                |                          |                  |          |           |               |               |                          |   |
|----------------|--------------------------|------------------|----------|-----------|---------------|---------------|--------------------------|---|
| (フリガナ)利用者様氏名   | やまぶき 二郎                  | 性別               | 男        | 生年月日      | 昭和元年          | 1月            | 1日                       |   |
| 住所             | 〒123-4567<br>〇〇県〇〇市1-2-3 |                  |          | 電話番号      | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |               |                          |   |
| (フリガナ)キーパーソン氏名 | やまぶき 一子                  | 続柄               | 妻        | キーパーソン連絡先 | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | 世帯            | 同居                       |   |
| 医療保険・割合        | 後期高齢者                    | 1割               | 介護保険(割合) | 1割        | 介護度           | 要介護4          | 公費                       | 無 |
| 居宅介護支援事業所      | 有                        | 事業所名<br>やまぶき居宅   | ご担当者名    | やまぶき三郎    | 電話番号          | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |                          |   |
| 訪問看護事業所        | 有                        | 事業所名<br>やまぶき訪問看護 | ご担当者名    | やまぶき四郎    | 電話番号          | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |                          |   |
| かかりつけ調剤薬局      | 選定中                      | 事業所名             | ご担当者名    |           | 電話番号          | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |                          |   |
| 現在の状況          | 入院中                      |                  | バックベッド登録 | 不明        |               | 駐車場           | 敷地内・コインパーキング<br>路上駐車・その他 |   |
|                |                          |                  | 看取り      | 検討中       |               |               |                          |   |

※下記、必要書類はFAX時の添付についてチェックをお願いします。

| 必要書類     | 今回添付                     | 取得不可                     | 備考   |
|----------|--------------------------|--------------------------|--|
| 診療情報提供書  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ※直近1か月のもの 現時点で入手出来ない場合、その他の欄に主傷病名の記載をお願いいたします。 |
| 薬情（お薬手帳） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ※直近1か月のもの                                      |
| 看護サマリー   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ※直近1か月のもの                                      |
| フェイスシート  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ※直近1か月のもの                                      |
| その他      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

※診療情報提供書をいただいた後、訪問診療の対応可否についてはご回答させていただきます。

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| ご利用中のサービス状況                 | ※調整をお願いすることもございます。ご協力宜しくお願いいたします。   |
| その他<br>伝達事項（医療処置・ADL・認知症など） | <div style="border: 2px solid blue; border-radius: 50%; padding: 20px; width: fit-content; margin: 20px auto;"> <p>本シートと必要書類を当院までFAXまたは、メールにてお送りください。<br/>追って当院より詳細内容やご契約方法についてご確認させていただきます。</p> </div> |