

訪問診療・訪問看護依頼書
さくらライフ錦糸・市川クリニック 患者様情報

(FAX:03-5819-2258)

記載年月日 平成 年 月 日
記載者名 ()

フリガナ		男 ・ 女		生年月日			
患者氏名	様			M・T S・H	年 月 日 (歳)		
訪問先 住所	〒			電話 番号			
依頼内容	訪問診療のみ ・ 訪問看護のみ ・ 診療看護両方						
同意	本人 (あり なし 確認中) ・ 家族 (あり なし 確認中)						
主治医	いる (通院中 ・ 往診 回／月) ・ いない						
主治医変更	希望する ・ 希望しない						
家族構成		キーパーソン	緊急連絡先				
同胞： 家族歴：		①	カナ 名前	続柄			
			住所				
			電話				
		②	カナ 名前	続柄			
			住所				
			電話				
		病名					
		紹介 (希望) にいたる経緯・経過・要望				医療処置	
【導入の経緯】							
【病状経過】							
既往歴							
年月日	病名		病院		備考(入院等...)		

A D L	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()		
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()		
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()		
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()		
睡眠	良好 ・ 不良	睡眠時間	時 ～ 時
コミュニケーション	良好 ・ 不良		
視覚		眼鏡使用	有 ・ 無
聴覚		補聴器使用	有 ・ 無
麻痺	有 () ・ 無		
服薬管理			
嗜好品			
金銭管理			
アレルギー	有 () ・ 無		
生活史	出身地： 学歴： 職歴： 結婚歴： その他(成育環境について詳しく)		

関係機関情報				
C M	事業所		担当者名	
	住所			
	電話		F A X	
その他	事業所		担当者名	
	住所			
	電話		F A X	
サービス利用状況				
※ケアプランをFAXいただけない場合は、お手数ですがご記入ください。				

保険情報・・・・・・・・お手持ちの保険証等に○をつけて下さい			
保険種類	社会保険 ・ 国民健康保健 ・ 生保		
	高齢受給者証（1割 ・ 3割） ・ 後期高齢受給者証（1割 ・ 3割） ・ 標準負担限度額認定証		
公費	特定疾病難病医療費助成（○都） ・ 心身障害者医療費助成（○障）		
	自立支援受給者証 ・ その他公費（ ）		
手帳	障害者手帳（種類 等級 ） ・ 障害福祉サービス（区分 ）		
介護保険	介護保険証（無 ・ 有）	介護保険 負担割合証（ 1割・2割 ）	介護度：（ 要支援 要介護 ）

経済状況	* 年金等あれば、ご記入願います。
※訪問時間の指定はお受けできません。 基本的に訪問時間の連絡は直前になりますのでご了承ください。 ※ご記入頂きました個人情報は、第三者に譲渡・公開することはいたしません。 また正規の目的以外には使用いたしません。	
平成27年7月1日 作成	