**みさと健和団地診療所への　訪問診療依頼票**

**みさと健和団地診療所　　ＦＡＸ　048-959-5022**

　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　 TEL 　048-959-5011

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼者 | □病院MSW □ ケアマネ 依頼者所属：□外来Ns　　□その他　　　　依頼者氏名：　　　　　　　　　　連絡先 |
| 対象者概要 | 氏名　　　　　　　　　　　　 男性・女性　生年月日　　　　年　　　月　　　日　　　歳 |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（自宅）： |
| キーパーソン連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　続柄： |
| 医療介護情報 | 主病名：□入院中（病棟：　　　　　担当医：　　　　　）□外来通院中（受診科：　　　　　　　　　　　） | 居宅支援事業所：担当ケアマネ：要（支援）介護度： |
| かかりつけ医（外来主治医）□なし　　□あり（医療機関名：　　　　　　　　　　　）＊当診療所からの訪問診療に移行することについて承諾　　□　済み　　　□　未 | 医療処置 | □なし□あり（以下○で囲んでください）膀胱留置カテーテル　　点滴　　酸素　　経管栄養（　　　　）　吸引　　気切その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 依頼内容 | 訪問診療依頼理由：□　通院困難　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）本人・家族の訪問診療への同意（費用面含む）　　□あり　　□なし病状の概略・現在の状態など：家族構成・家族の状況など：訪問看護ステーション（ｽﾃｰｼｮﾝ名：　　　　　　　　　　　　　　）□すでに利用中　　□依頼受諾　　　□依頼中　　　□依頼予定なし |
| （健和団地診療所　記載） | * 訪問診療依頼受諾

退院調整会議　　有【　　　月　　　日（　　　）　　　時　　　分　～　場所　　　　　　　】　無訪問診療面談日時　　　　月　　　　日（　　　）　　　　時　　　分～□　保留　　　　　　連絡待ち・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　相談のみで終了 |

2024.07.16変更