



訪問診療依頼書

(施設用)

ほしの脳神経・整形外科・在宅クリニック立川

〒190-0033 東京都立川市一番町4丁目17-7

TEL : 042-506-8622

FAX : 042-506-8623

当クリニックでは訪問診療のご依頼をいただく際に、下記の項目についてご記入をお願いしております。大変お手数ですが、可能な範囲でご記入いただき、当院にFAXまたは郵送にてお送りください。

記入日：_____年_____月_____日 記入者氏名_____（患者様との関係：_____）

患者氏名	フリガナ		生年月日：_____年_____月_____日		
	(男・女)		(_____歳)		
施設情報	施設名：_____ 〒_____ _____ TEL：_____ FAX：_____ ☐ 有料老人ホーム ☐ サービス付き高齢者向け住宅 ☐ 認知症グループホーム ☐ （看護）小規模多機能型居宅介護施設 ☐ 特別養護老人ホーム ☐ その他 入居予定日：_____年_____月_____日				
傷病名					
現在の生活状態	☐ 独居 ☐ 家族と同居 ☐ 入所中		キーパーソン： ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 親 ☐ 兄弟・姉妹 ☐ その他		
キーパーソン 連絡先	氏名：_____（患者様との関係：_____） 〒_____ 第1連絡先 TEL：_____ 第2連絡先 TEL _____				
受療状態	☐ 通院中（医療機関名：_____） ☐ 入院中（医療機関名：_____） ☐ 介護老人保健施設（施設名：_____） ☐ その他（_____）				
介護認定	☐ あり ☐ なし ☐ 申請中 ☐ 非該当	要介護度	要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）	医療 保険	☐ 国保 ☐ 後期高齢者 ☐ 社保 ☐ 共済 ☐ 生保
介護支援事業所	事業所名：_____ TEL：_____ FAX：_____ 担当ケアマネージャー氏名：_____（携帯電話：_____）				

訪問看護 ステーション	事業所名： _____ TEL： _____ FAX： _____
身体障害者手帳	☐ あり（障害の種類： _____ ： _____ 級） ☐ なし
指定難病登録	☐ あり（難病の種類： _____ ） ☐ なし
介護サービス	訪問看護（月・火・水・木・金・土・日） デイサービス（月・火・水・木・金・土・日） 訪問リハ（月・火・水・木・金・土・日）

施設にご入居の患者様の場合、ご家族の事前面談は必須ではありませんが、ご希望の場合は事前面談を実施しております。
ご希望の場合は、下記の項目にもご記入ください。

	☐ 来院で ☐ 電話で ☐ 事前面談不要
	来院・電話可能日① _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
	来院・電話可能日② _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
	来院・電話可能日③ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
	面談される方の氏名 _____ （患者様との関係 _____ ）

事前面談にお越しの際は、医療保険証・介護保険証・おくすり手帳・診療情報提供書・限度額認定証・身体障害者手帳などをご持参ください。

— 自由記載欄 —



ほしの脳神経・整形外科
在宅クリニック立川