



訪問診療依頼書

(居宅用)

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。大変お手数でございますが、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)			
現住所 電話番号	〒_____ (戸建て・集合住宅) TEL : _____ 駐車スペース ☐ あり(敷地内・敷地外) ☐ なし				
傷病名					
現在の生活状態	☐ 独居 ☐ 家族と同居	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(_____)				
訪問先住所 電話番号	☐ 現住所と同じ(以下の記載は不要) ☐ 下記住所(高齢者施設等の場合は☑をお願いします) 〒_____ TEL : _____ FAX : _____ 駐車スペース ☐ あり(敷地内・敷地外) ☐ なし ☐ 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 (施設名：_____)				
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 ☎裏面にも記載欄があります)				

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	訪問介護 （月・火・水・木・金・土・日） 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）
事前面談	☐ 来院で ☐ 電話で ☐ 事前面談不可（理由 _____ ） 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