 　　　　　　　　　　　 申し込み日： 年 月 日

訪 問 診 療 依 頼 書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | 【⽣年⽉⽇】 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和  ⽉ ⽇（ 歳） | |
| 【氏名】  様 | |
| 【性別】 男 ・ 女 | |
| 【介護認定】 有 ・ 無 ・ 申請中 | 【介護度】要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・5 | | |
| 【医療保険証】 （ 割負担） | 【介護保険負担割合証】 １割 ・ ２割 ・ ３割 | | |
| 【公費の有無など】 生活保護 ・ 医療費助成 ・ 障害者手帳 ・ 限度額適用認定証 | | | |
| 【住所】〒  【電話】① ② | | | |
| 【現在の状況】 自宅 ・ 入院中 ・ 施設入所中 （病院・施設名： ） | | | |
| 【依頼者】  所属事業所名：  ご担当者様： 様  本人との関係（CM 等）：  電話： | 【訪問診療を希望する理由】 | | |
| 【現在かかりつけ医】 病院 　 科 　　 先⽣  【退院予定（⼊院中の場合）】 ⽉ ⽇ 頃 ・ 今週中 ・ 来週中 ・ 今⽉中 | | | |
| 【病名】  【既往歴】  【経過】  【現在の ADL、認知機能、使用している医療器具】 | | | 【家族構成】 |
| 【サービス利用状況・内容】  月・火・水・木・金・土・日 |

ご記入ありがとうございました。FAX（**0859-33-1115**）お願いします。FAX到着後、速やかに担当者よりお電話いたします。

●お問い合わせ先： 在宅医療　よだか診療所 TEL：0859-33-1110

**FAX：0859-33-1115**