大倉山メディカルクリニック　訪問診療依頼票（申込書）

依頼先FAX番号：045-834-7380　Mail：info@ookurayama-mc.com

記入見本

依頼日：×××年　○月　△日

施設 事業所名	○×介護事業所	ふりがな 依頼者名	おおくらやま　たろう 大倉山　太郎	電話番号	○○○-○○○○-△△△
				FAX番号	○○○-○○○○-×××

ふりがな 患者氏名	こうほく　はなこ 港北　花子	住所	横浜市港北区大倉山○-△-×		
電話番号	□□□-○○○○-×××	生年月日	1935年　1月　17日　（　87歳）	性別	男　女

●家族世帯の状況（主介護者に◎　キーパーソンに☆）

同別居	記号	緊急順	氏名（ふりがな）	年齢	続柄	連絡先	特記事項(職業･健康状態等)
同居　別居	◎	2	こうほく　いちろう 港北　一郎	88	夫	□□□-○○○○-×××	要介護2
同居　別居	☆	1	こうほく　さくらこ 港北　桜子	60	長女	□○□-○○○○-×××	日中はお仕事されてます

●保険証種類

後期高齢　国民　社会　障害　生活保護　その他：

●要介護認定

要支援　1　2　　要介護　1　2　3　4　5　　区分変更中

●医療機関

医療機関名	診療科	医師名	連絡先	備考
内科クリニック ○○県立病院	内科 消化器外科	○○先生 □□先生	□××-□□○○-××× ○○□-○○○○-□□×	高血圧・糖尿病で月1回通院 胃癌経過観察で、半年に1回通院

●連絡事項（週間サービス予定や診療の際の留意点、訪問可能曜日を記載。複数選択可）

月曜日	11：00　～　12：00	訪問看護	金曜日	：　～　：	訪問可
火曜日	9：00　～　17：00	デイサービス	土曜日	14：00　～　14：30	訪問リハビリ
水曜日	：　～　：	訪問可	日曜日	：　～　：	
木曜日	9：00　～　17：00	デイサービス	［備考］介護用品レンタル：車椅子・手すり。自力で歩行・排泄可能。		

●主訴（既往歴・現病歴　訪問診療を希望する理由）

ADLが低下して、外出が困難になり、通院が出来ていない。娘様日中お仕事の為一緒に通院が難しい。
高血圧と糖尿病の薬が少なくなってしまったので、処方して頂きたい。
○○県立病院の方も訪問診療開始希望されてます。

FAX到着後依頼者様にご連絡致します。
個人情報に気になる点がある方は、患者様のお名前を抜いてご送信ください。
その他不明点はお問い合わせください。

大倉山メディカルクリニック
神奈川県横浜市港北区大倉山3-41-22　1階
TEL：045-834-7370