

こずかた診療所 訪問診療
相談シート

記入日： 令和 年 月 日

記入者

患者との関係

連絡先

患者情報

フリガナ	住所		
氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	(歳)
医療保険	医療費助成受給者証	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他 ()	
身障手帳： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	種 級	障がい名：	
介護保険： <input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 未	要介護度：	有効期間	～
入院・通院中の医療機関	診療科	担当医	
主病名			
現病歴 ※別紙を添付いただきてもかまいません。			
訪問診療を必要とする理由 (ADL低下・ACP・DNAR・在宅看取り等含む)			
<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 尿道バルーン <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素			
<input type="checkbox"/> その他 ()			
サービス利用状況 (注1)			
ケアマネ事業所名	担当者	連絡先	
訪問診療先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設	名称：		
施設住所	担当	連絡先	
備考			

(注1) 訪問看護を利用している場合は、事業所名を必ず記入してください。

●患者様の状態確認や訪問診療の説明、契約のため、可能であれば、初回は外来受診をお願いしております。

<連絡先> こずかた診療所 平日9時から17時まで

電話019-698-3033 (直通) FAX 019-611-2071 (ケアセンター南昌)