

Y K在宅クリニック 訪問診療 新規依頼受付票

F A X 送信先 : 0 2 2 - 3 4 6 - 9 0 3 2

依頼日 令和 年 月 日

相談者様氏名	(続柄)	連絡先 :
事業所名	(ご相談者が家族以外の場合は記載をお願いします)	

ふりがな 患者様氏名		性別 男・女	年齢 才	家族構成 ☐ 独居 ☐ 同居家族あり
生年月日	T・S・H・R 年 月 日			
住所	〒			
連絡先	自宅 :			
	携帯 :			
現在の状況	☐ 自宅療養中 ☐ 施設入所中 ☐ 入院中 (病院名)			
主病名				
現在の主治医	病院名 :			
キーパーソン	氏名 :			連絡先 ☐ 同上
	続柄 : ☐ 同居 ☐ 別居			TEL :
介護保険	要支援	☐ 1 ☐ 2	要介護	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
公費負担	☐ 無 ☐ 有 → 生活保護 ・ 障害者手帳 ・ 特定医療費受給者証			
ケアマネジャー (居宅介護事業所)	事業所名			
	担当者		連絡先	
訪問看護	事業所名		連絡先	
薬局	事業所名		連絡先	
医療処置内容	栄養	☐ IVH ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう		
	排泄	ストマ (☐ 腸管 ☐ 尿路) ☐ 膀胱瘻 ☐ バルーンカテーテル ☐ 自己導尿		
	呼吸	☐ ネブライザー ☐ 喀痰吸引 ☐ 在宅酸素 ☐ 気管切開 ☐ 人工呼吸器		
	その他	☐ 疼痛コントロール ☐ 褥瘡 ☐ インシュリン注射 ☐ 透析		
備考				