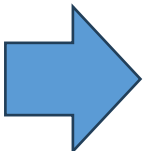


施設名
連絡先
担当者



あすくらすクリニック
阪神西宮

電話番号 0798-38-7333
FAX 0798-38-7334
E-mail info@nishinomiya.uscras.jp

あすくらすクリニック阪神西宮 訪問診療依頼書

基本事項	ふりがな			生年月日 年 月 日 (歳)		医療処置 有・無 (ありの方は下記記載をお願いします。) ☐ 在宅人工呼吸器 ☐ 在宅酸素 業者名 () ☐ 輸液管理 CV・PICC・ポート・その他 () ☐ 気管カニューレ 挿入物品名 カニューレサイズ 次回交換日 ☐ 吸引 吸引チューブのサイズ ☐ 血糖測定 ☐ ドレーン管理 ☐ 栄養管理 経管栄養・経腸栄養・その他 () 挿入物品名/サイズ ☐ 排泄管理 バルン・ストマ・その他 () 挿入物品名/サイズ ☐ 褥瘡 その他 ()
	利用者氏名			主病名		
				感染症		
	住所			アレルギー		
	訪問時の駐車場所：			緩和ケア面談		
	介護度 (要支援1・2/要介護1・2・3・4・5)・申請中・申請未			あり (月 日)・予定なし		
	介護サービスの利用状況			退院予定日 (月 日)		
家族構成	キーパーソン氏名			退院後 外来通院・往診		
	名前 (続柄)	(同居/別居)	電話番号	コメント		
	① ()	(同居/別居)				
	② ()	(同居/別居)				
③ ()	(同居/別居)					
	ケアマネジャー なし・申し込み中・あり			訪問看護ステーション なし・申し込み中・あり		
	事業所名			事業所名		
	連絡先			連絡先		
特記事項 (注意事項：トラブルや懸念事項があれば記載をお願いします)						

訪問診療依頼はFAX・Mailを持って依頼とします。基本お断りすることはありませんが、当院で訪問診療が出来ないと判断した場合はお受け出来かねます。
看護サマリー等がある場合は、重複する内容の記載は不要です。看護サマリー等がある場合、訪問依頼書と一緒にFAXお願いします。
訪問診療日まで余裕を持って退院処方をお願いします。