****

**訪問診療依頼書**

現時点でわかる範囲でご記入ください。確認後に当院からご連絡を致します。

杉並PARK在宅クリニック　TEL:03-5303-9636 / FAX:03-5303-9637

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【氏名】フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 【年齢】 　歳【性別】男・女 | 【介護認定】有・無・申請中【介護度】支・介(1•2•3•4•5) |
| 【住所】 (自宅・入院中・施設入居中) | 【自宅電話】【携帯電話】【駐車スペース】有・無  |
| 【病名】【経緯・状況】【ご家族背景】同居：　　　　　　　　　　　　　　　　別居：キーパーソン：【ご本人・ご家族の要望】 | 【訪問診療希望理由】□外来通院が困難□退院後で病状不安定□ご自宅でのお看取りを希望□自宅での医療処置が必要□多職種からの推薦□その他（ご記入下さい） |
| 【現在利用のサービス】訪看・ヘルパー・デイ・訪問入浴

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| AM |  |  |  |  |  |  |  |
| PM |  |  |  |  |  |  |  |

 | 【導入予定サービス】訪看・ヘルパー・デイ・訪問入浴・ショートステイその他： |
| 【ご依頼元】職種（　　　　）・ご家族お名前： | 【ご依頼経緯】・（主治医・CM・訪看）の勧め・（ご本人・ご家族）の希望 |
| 【かかりつけ医】　　　　　　　　　　　病院・クリニック　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　先生 |
| 【かかりつけ薬局】　　　　　　　　　　　　　薬局（家族受け取り・訪問薬局） |
| 【退院予定日】　　　　　　　月　　　　　　　　日　　　　　　　時頃　／　未定（　　　　　　頃） |
| 【その他】特記事項などありましたらご記入下さい。 |

受付日：　　月　　日　　　　緊急度：□当日往診　□インテーク後往診　□連絡待ち

担当者：

備考：