**うらべ在宅クリニック 行　 　　　　　　　　　　　　　　申込日：20　　年　　月　　日**

**訪 問 診 療 依 頼 書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | 【⽣年⽉⽇】 昭和 ・ 平成 ・ 令和  　　　　　年　　　⽉　　　⽇ (　　歳) | |
| 【氏名】  様 | |
| 【性別】 男 ・ 女 | |
| 【介護認定】 有 ・ 無 ・ 申請中 | 【介護度】要支援 1 ・ 2　要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・5 | | |
| 【医療保険証】 　（ 　　割負担） | 【介護保険負担割合】１割 ・ ２割 ・ ３割 | | |
| 【公費の有無】 生活保護 ・ 医療費助成 ・ 障害者手帳 ・ 限度額適用認定証 | | | |
| 【住所】〒 5 –　　　　滋賀県  【電話】① 　　　② | | | |
| 【現在の状況】自宅 ・ 入院中 ・ 施設入所中 （病院・施設名： 　　　　　） | | | |
| 【依頼者】  　　　　　　　　　　　　　　　　　様  事業所名：  ご本人との関係：  電話： | 【訪問診療を希望する理由】  □ 外来通院困難  □ ターミナル  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 【現在のかかりつけ医】　　　　病院　　　科　　　　　　　先⽣　【退院予定】　　⽉　　⽇ 頃 | | | |
| 【病名】  【既往歴】　　　　　　　　【ｱﾚﾙｷﾞｰ】 無 ・ 有 (　　　　　)  【経過】  【ADL】□全介助 □一部介助（　　　　　　　　　　） □自立  【使用している医療器具】  【内服薬】無 ・ 有 （コピー、添付をお願いします） | | | 【家族構成】   * 同居　　　　人家族(本人含む) * 独居   キーパーソン  　　　　　　　　　　様 (関係　　) |
| 【サービス利用状況】  月・火・水・木・金・土・日  【訪問困難な曜日】  月・火・水・木・金 |

**FAX　0749-45-2518**