**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**