

患者さまご紹介シート

ご施設名：

ご担当者名：

電話番号：

FAX番号：

訪問診療介入理由・症状

確認させて頂きたいこと

住所：

名前： (歳) 生年月日：

連絡先：

生活形態：独居 ・ 同居()

ケアマネージャー：有 ・ 無

→有の場合：(事業所名： /担当者： /連絡先：)

在宅医：有(診療所名：) ・ 無

訪問看護：有(事業所名：) ・ 無

訪問リハビリ：有(事業所名：) ・ 無

在宅医療養指導管理料：算定あり(算定項目：) ・ 算定なし

その他必要な医療処置：()

入院中 ・ 外来通院中

入院中の場合→ 退院時カンファレンス： 有(日時：) ・ 無 ・ カンファ済(日付：)

介護保険について(65歳以上の方) 有(介護度：) ・ 無 ・ 申請中

介護サービス利用状況 (サービス内容・曜日・時間・帰宅時間)

→ ()

透析について： 有 ・ 無

→有の場合 (病院名： /曜日：)

(時間： /帰宅時間：)

TOWN訪問診療所横浜

電話番号：045-910-1221 FAX：045-910-1222