

# 訪問診療 依頼シート

紹介元： \_\_\_\_\_ 様 受付担当： \_\_\_\_\_ 記載日：2026年 月 日  
連絡先： \_\_\_\_\_

## 患者基本情報

患者氏名	フリガナ： _____	性別	男・女	生年月日	T・S・H・R 年 月 日生 ( 歳)
自宅住所	〒 _____				
現在の所在	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 施設 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 他 ( _____ )				
本人連絡先	TEL： _____	感染症	なし・あり ( _____ )		
キーパーソン	氏名： _____ 続柄： _____	KP連絡先	TEL： _____		

## 連携先・保険情報

ケアマネ	事業所： _____ 担当： _____	TEL	_____		
訪問看護	ST名： _____ 担当： _____	TEL	_____		
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 ( 割 ) 限度額適用認定 ( _____ )				
介護保険	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5 公費負担： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ )				

## 疾患・経過・医療状況

主疾患・既往	_____				
これまでの経過	_____				
ADL状況	移動：独歩・車椅子・寝たきり / 認知症：なし・あり (程度： _____)				
医療処置	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 他 ( _____ )				

## 訪問調整・備考

訪問調整	希望曜日 ( _____ ) 初回契約予定日： _____ 退院前カンファレンス： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (日時： _____ ) 駐車場： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
備考	【家族構成・住宅事情・経済状況・緊急時連絡先など】				