

## 新規訪問診療 問合せ票

- ・  部分は必須項目でお願い致します。
- ・ 住所につきましては訪問エリアの確認をいたしますので、町名の丁目までは必須でお願い致します。

相談日	年 月 日			相談者	氏名		
利用者	ふりがな		男・女		職種/続柄		
	氏名				事業所名		
	住所	〒			電話番号		
	TEL						
生年月日	年	月	日	年齢	歳		

KP	氏名		続柄		TEL		
	住所	同居・別居 〒					
公費		なし・障害・特定疾患・生保・他( )			家族関係(各人の大まかな年齢・在住地もご記載ください)		
介護保険		なし・あり 要支援( ) 要介護( )					
CM	事業所						
	担当者						
	住所	〒					
	TEL						
入退院 通院歴	入院先						
	最終退院日						
	かかりつけ						
	通院頻度						

◆疾病名および症状	
◆既往歴及び家族歴	
◆現在の処方	
◆その他/患者要望	

分かる範囲でご記入いただければ結構です

**【確認事項】**

**太枠**

部分はどちらかに○をして下さい。

◆初回訪問日に担当者会議の開催は可能か

	可	日時条件	(日程調整のため、希望曜日や時間帯、または外して欲しい日をご記載ください)		
		参加者			
	不可				

◆他医療機関、在宅サービス事業所に本情報の共有は可能か

	可				
	不可				

◆訪問薬剤管理指導は必要か

	本人または家族が薬剤管理できている	→	調剤は宅配のみ		
	わからない/残薬が多い/自己管理できない	→	訪問薬剤管理指導導入検討のため、初回診察時に薬剤師帯同		

◆導入済み在宅サービス

訪問看護	事業所名				
	担当者				
	住所	〒			
	TEL		FAX		
	事業所名				
	担当者				
	住所	〒			
	TEL		FAX		
	事業所名				
	担当者				
	住所	〒			
	TEL		FAX		

◆駐車場所

--

◆訪問時注意点

--