**訪問診療相談シート①**FAX送付日：２０２　　/　　　/　　　（　　）

記入者事業所名：　　　　　　 　　：　　　　　　　　電話番号：　　　 －　　　　　－

1. 氏名：　　　　　　　　　　　　( 男性 ・ 女性 )　主病名：

　※詳細は相談シート②へ記載

1. 生年月日　：　大正　昭和　平成　令和　　　　　年　　　月　　　日　　（　　　歳）
2. 訪問先住所：〒　　　－　　　　　津市

入所施設名：　　　　　　　　　　　　入所予定日：　　　月　　　日　（　　）　※まだ入所してない場合のみ

電話番号　：　　　　　－　　　　　　－

1. 家族構成・キーパーソン　※詳細は相談シート②へ記載

1．続柄：　　　　名前：　　　　　　　　　　TEL：　　　　　－　　　　　　－

2．続柄：　　　　名前：　　　　　　　　　　TEL：　　　　　－　　　　　　－

1. かかりつけの病院 or 入院中の病院：　　　　　　　　　　　　　入院日：２０２　　/　　　/　　　（　　）

※診療情報提供書の有無：　有　・　無　※無い場合 ➡ 医師と検討後、お返事のお電話でお伝えします

※入院中の場合：退院日までに退院前調整会議が必要です。お返事のお電話で日時相談させていただきます

1. 介護保険の有無

　　要支援：　　なし　　・　　１　　　２　　　要介護：　　１　　２　　３　　４　　５

1. ケアマネ　：　　　　　　　　　　　　※相談者と同じ場合は同上でOK

事業所　　　　：　　　　　　　　　　　ＴＥＬ：　　　　　　－　　　　　　－

1. 訪問看護事業所：　　　　　　　　　　 ＴＥＬ：　　　　　　－　　　　　　－

1. 利用中サービス：月）　　　　　　火）　　　　　　水）　　　　　　木）　　　　　　金）
2. 訪問診療契約のための来院可能日

来院可能日：　　月　　　日（　　）　　　時　　　分　（誰が来院されますか？→　　　　　　　　 　　）

来院手続き不可（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※訪問手続きの来院時、持参していただく物➡保険証・介護保険証・限度額認定証・診療情報提供書・お薬手帳

（下記は丸の内在宅クリニック・スタッフ記入欄になります、記入不要です。）

・検討日　　　　：２０２ 　/　　　　/　　　（　　）

・受け入れの可否：　　可　　・　　不可　　　　　　　理由：

・検討後連絡　　：２０２　 /　　　　/　　 （　　） 連絡者　：

・退院前調整会議：２０２　 /　　　　/　　 （　　） 会議時間：　　　：　　　頃

・退院日　　　　：２０２　 /　　　　/　　 （　　） 退院時間：　　　：　　　頃

・初回訪問予定日：２０２　 /　　　　/　　 （　　） 訪問時間：　　　：　　　頃

**訪問診療相談シート②**

ジェノグラム（家族図）　※家族関係など追記事項もあればご記入下さい

駐車場の有無：　あり　・　なし　　駐車に関する注意事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

病歴　※病歴などの他に、患者様について当院へ伝えたい詳細などもあればご記入下さい