

記入者事業所名： 氏名：^{ふりがな} 電話番号： - -

① 患者氏名：^{ふりがな} 主病名： ※詳細は相談シート②へ記載

② 生年月日： 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)

③ 訪問先住所：〒 - 津市
 入所施設名： 入所予定日： 月 日 () ※まだ入所していない場合のみ
 電話番号： - -

④ 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： - -

⑤ かかりつけの病院 or 入院中の病院名：
 ※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

⑥ 介護保険の有無
 要支援： なし ・ 1 2 要介護： 1 2 3 4 5

⑦ ケアマネ氏名：^{ふりがな} ※相談者と同じ場合は同上でOK
 事業所： TEL： - -

⑧ 訪問看護事業所： TEL： - -

⑨ 利用中サービス：月) 火) 水) 木) 金)

⑩ 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
 ・初回訪問予定日：202 / / () 訪問時間： : 頃

訪問診療相談シート②

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

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（ ）