**訪問診療依頼書（医療介護福祉施設向け）**

現時点でわかる範囲でご記入ください。確認後に当院からご連絡を致します。

**森医院在宅医療部　TEL:059-331-3845 / FAX:059-325-7858**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【氏名】フリガナ | | 【性別】　男・女  【生年月日】　　　　　　年　　　月　　　日　　　　歳 |
| 【住所】 (自宅・施設) | | |
| 【介護認定】　 有 ・ 無 ・ 申請中  【介護度】　支・介(1•2•3•4•5) | | |
| 【ケアマネージャー】  施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご担当名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 | | |
| 【病名】  【経緯・状況】  【ご家族背景】  同居：　　　　　　　　　　　　　　　　別居：　　　　　　　　　　　　　　キーパーソン：  【ご本人・ご家族の要望】 | | |
| 【現在利用のサービス】 | 【導入予定サービス】 | |
| 【ご依頼元】  お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご所属 | | |
| 【かかりつけ医】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生 | | |
| 【かかりつけ薬局】　　　　　　　　　　　　　薬局（家族受け取り・訪問薬局） | | |
| 【訪問導入希望日もしくは退院予定日】　　　　　　　　　　　月　　　　　　　　日　／　未定（　　　　　　　　　　頃） | | |
| 【その他】特記事項などありましたらご記入下さい。 | | |

受付日：　　　月　　　日

担当者：

備考：