クオッカ在宅クリニック　訪問診療依頼書

★わかる範囲での記載で問題ありません。※が記載の項目が記入されていれば介入可能です。
★診療情報提供書等、別の送付書類に記載の事項はそちらの書類での情報確認も可能です。

TEL: 03-3637-2525
FAX：03-3637-2520

クオッカ
在宅クリニック
Quokka Homecare Clinic

依頼日　　年　　月　　日

※相談者名				**※初診調整方法**	患者さん本人・主介護者・本紙記載者様 その他（　　） とやりとりして調整を進める
※事業所名					
※連絡先	**TEL**		**FAX**		

【患者情報】　※は必須項目

※ふりがな	
患者氏名	
※生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦　　年　　月　　日
※住所	〒
電話番号	
※現在の居所	□自宅　□入院中　□施設（　　）

【病状・保険情報】（以下は可能な範囲で記載ください）

病名									
既往歴									
医療・介護上の問題 **（外国語対応を希望の場合言語名と日本語レベル）**									
医療保険	国保・後期・社保・その他				**公費**　有（　　）・無				
介護保険	なし・要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5）・新規申請中・区変中								
担当ケアマネージャー	事業所				電話				
	担当者				FAX				
訪問看護の利用有無	有	（事業所名）				無（当院での訪問薬局手配の希望　有･無）			
訪問薬局の利用有無	有	（事業所名）				無（当院での訪問薬局手配の希望　有･無）			
他に利用している在宅介護サービス		月	火	水	木	金	土	日	その他サービス
	AM								
	PM								
本人・家族の希望伝えておきたいこと									
ご家族（主介護者）	**ふりがな**				**続柄**		**連絡先**	**電話**	
	氏名	様						**携帯電話**	
	同居・別居	**住所**	〒						
送付情報 **（該当書類に○を記入）**	**診療情報提供書**	**アセスメントシート**	**医療保険証**	**介護保険証**	**その他保険証**	**医療負担**	**介護負担**	**お薬情報**	