

訪問診療 相談・受付票

— ご紹介元記入用（入力可能PDF） —

本票にご記入のうえ、FAXまたは合意した安全な方法でご送付ください。受入可否は原則48時間以内にご連絡します。

ご紹介元（記入者）

記入日	記入者名
事業所・機関名	職種
TEL	FAX／メール

患者情報

氏名	フリガナ
生年月日（元号／年／月／日）	年齢
住所（訪問エリア判定）	住環境
電話	性別

キーパーソン

氏名	続柄
住所	
連絡先（TEL）	

保険・介護情報

医療保険	後期高齢者医療	国民健康保険	社会保険（本人）	社会保険（家族）
生活保護（公費のみ）	自費	不明・確認中		
公費併用	該当あり	名称：		
負担割合	1割	2割	3割	確認中
介護保険	要支援	要介護	申請中	なし（数字）：
担当ケアマネ				居宅介護支援事業所

現在の状況 必須

主病名			
現病歴・経過			
現在の状態	入院中	在宅	退院予定日：
現在の主治医			
現在の医療機関			

該当なし

在宅酸素	吸引	経管栄養	胃ろう	経鼻	点滴・CVポート	尿道カテーテル	人工呼吸器
褥瘡処置	インスリン注射	疼痛管理	医療用麻薬	透析	ストーマ		
その他							

ADL・認知

ADL	自立	一部介助	全介助	
移動	歩行	車椅子	臥床	
認知症	なし	軽度	中等度	重度

療養・検査・入院・看取りに関するご意向

分かる範囲でご記入ください。詳細は当院で本人・ご家族に確認します。

急変時の方針	入院を希望	在宅で継続を希望	その都度相談	未定	
検査・入院への考え	積極的に受けたい	必要最小限で	できるだけ避けたい	在宅で完結したい	未定
定期検査入院	希望する	相談したい	希望しない	未定	
レスパイト入院（介護休息）	希望する	相談したい	希望しない	未定	
在宅看取り	希望する	未定	希望しない		
心肺蘇生（DNAR）	蘇生を希望しない	蘇生を希望	未定		

ACPの状況・特記			
-----------	--	--	--

ご意向の確認元	本人	ご家族	確認者／確認日：	
---------	----	-----	----------	--

ご相談内容・ご希望

希望開始時期	
その他ご希望・特記	

<当院記入欄> 受付・受入判断

受付日				受付者（MSW）	
エリア判定	可	不可	受入判断医師：		
受入判断	受入可	条件付き可	不可	初回訪問予定日：	
備考（条件・引継ぎ）					

※ 本票には患者の個人情報が含まれます。送付は施錠管理・安全な経路（FAX、パスワード付きファイル等）で行い、目的外に使用しません。