

往診医等依頼書【医師・その他()】

依頼日 平成 年 月 日

フリガナ		性別
患者氏名		男 ・ 女
生年月日		()歳
〒	341-00	電話番号
住 所	埼玉県三郷市	
介護者		有 ・ 無
疾患名	(主病名)	かかりつけ医師(有・無)
		(医療機関・医師名)
経過		
介護度	要支援(1. 2) 要介護(1. 2. 3. 4. 5)	無
指定難病医療受給者証の有無		有 ・ 無
身体障害者手帳の有無		有 ・ 無
障害生活自立度 (J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2)		
認知症生活自立度 (自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV V)		
医療機器	・酸素療法 ・胃瘻・腸瘻 ・ドレーン留置 ・IVH ・経鼻経管栄養 ・インシュリン ・バルーン交換 ・CVポート ・人工肛門・膀胱 ・人工呼吸(気管切開・非侵襲的) ・その他(
退院予定日	平成 年 月 日	
退院調整会議	(有・無・未定)	平成 年 月 日
その他・希望等(患者希望)		

依頼者	事業所名・医療機関名	担当者
	電話番号	FAX