アゴラ内科クリニック　行　　**ご返送先：FAX：03-6803-0653**

訪問診療依頼書

年　　月　　日

ご依頼いただいた方	氏名　　様　患者様との続柄（　　） 連絡先 TEL（　　）		
患者様 カナ 氏　名　　様　男・女		年齢	明治・大正・昭和・平成　年　月　日 （　歳）
ご住所	〒		
介護認定	有・無・申請中	介護度	要支援　要介護（１・２・３・４・５）

現在	在宅（通院）	医療機関名	TEL：
		主治医　　科　　医師	
	入院中	医療機関名	TEL：
		主治医　　科　　医師	
		退院日　　月　　日　　予定・確定	

主病名		経緯・状況
既往歴		
緊急連絡先	氏名　　男・女　続柄（　　）　同居・別居 住所 TEL（　　）	

ケアマネジャー施設名 TEL 担当者名		訪問看護 ST 名 TEL 担当者名	

問題点・ 前段階準備 ※チェックをいれてください。	☐ 介護力　☐ 医療不信　☐ 内服管理　☐ リハビリ ☐ 栄養：　CV ポート・IVH・経管栄養・胃瘻・腸瘻・その他（　　） ☐ 排泄：　バルーンカテーテル・尿カテーテル・人工肛門・膀胱瘻・胃瘻・オムツ ☐ 呼吸：　在宅酸素・気管切開・人工呼吸器・ネブライザー・喀痰吸引 ☐ その他：褥瘡・インシュリン注射・人工透析・ペースメーカー ☐ 福祉用具：ベッド・車いす・歩行器　他（　　）
その他	（ご希望、連絡事項等ありましたらご記入ください）
初回診察 ご希望日時	

※ケアプラン・フェイスシート・サマリー等直近のご利用者様の情報がございましたら、あわせてご送付いただけますようお願い申し上げます。

アゴラ内科クリニック
AGORA CLINIC
● 24 時間対応訪問診療 ● 外来診療
東京都文京区本郷 3-5-5 野々村ビル 5 階
TEL 03-6803-0976/FAX 03-6803-0653