

【当院指定】訪問サービス指示依頼・相談票（兼 状況報告書）

宛先：おのクリニック 院長 行

送信日：令和 年 月 日

送信先：025-290-3141 (FAX)

本票は、医師が適切な医学的判断に基づき指示書を発行するためのものです。

ケアマネジャー様にてご記入の上、必要書類を添えて FAX にてお送りください。

※通常の更新（継続）時は、本票の提出は不要です。

1. 基本情報

- 患者氏名：\_\_\_\_\_（男・女）
- 生年月日：大・昭・平・令 年 月 日
- 担当ケアマネジャー：\_\_\_\_\_（事業所名：\_\_\_\_\_）
- 連絡先：TEL \_\_\_\_\_ / FAX \_\_\_\_\_

2. 依頼内容（該当にチェック）

- サービス種別：訪問看護 訪問リハビリ 訪問薬剤管理 その他（\_\_\_\_\_）
- 依頼区分：新規 内容変更（回数・内容等）
- 開始・変更希望日：令和 年 月 日

3. 緊急性の有無（※必ずチェックしてください）

- あり：退院直後の介入、病状の急変、終末期対応などで至急の発行を希望する
- なし：次回診察後の発行になります

4. 導入・変更を検討する具体的な理由（医学的必要性がわかるように）

※ADLの変化、医療的処置の必要性、在宅療養上の課題などをご記入ください。

5. 添付書類（必須）

- ケアプラン案（第2表・第3表）
- 直近のモニタリング結果、または状況がわかる経過記録（サマリー等）

---

【クリニック記入欄】

- 指示発行可（指示書を作成します）
- 診察・評価が必要（受診の調整をお願いします）
- 内容について要相談（担当より連絡します）
- その他（\_\_\_\_\_）