

同行訪問 申込フォーム

訪問診療・在宅療養支援を希望する医師の状況と、同行時の支援内容を共有するための申込書です。

申込日： 年 月 日	希望訪問日： 年 月 日	申込医師：
---------------------------	-----------------------------	-------

1. 申込医師の属性・診療体制

医療機関名		勤務形態	☐ 開業 ☐ 勤務 ☐ 非常勤
役職・立場		診療科	
医師経験年数	☐ 1～5年 ☐ 6～10年 ☐ 11年以上	現在の診療	☐ 外来中心 ☐ 病院 ☐ 訪問診療
在宅医療経験	☐ 未経験 ☐ 見学・研修のみ ☐ 経験あり	対応希望地域	

2. 在宅療養・訪問診療への希望

取り組みたい内容	☐ 定期訪問 ☐ 緊急往診 ☐ 看取り ☐ 施設訪問 ☐ 多職種連携 ☐ その他 ()
開始・拡大の時期	☐ すぐに ☐ 3か月以内 ☐ 半年以内 ☐ 情報収集段階 目標件数： 件／月
現在の体制・連携先	☐ 訪問看護 ☐ ケアマネ ☐ 病院 ☐ 薬局 ☐ 未整備 補足：

3. 同行訪問の依頼内容

訪問先（患者情報は匿名）	患者区分： ☐ 個人宅 ☐ 施設 地域・施設名等：
訪問目的	☐ 初回面談 ☐ 定期診療 ☐ 急変対応 ☐ 看取り ☐ 連携調整 ☐ その他（ ）
同行で学びたい・支援してほしい点	☐ 診療の進め方 ☐ 患者・家族対応 ☐ 多職種連携 ☐ 書類・制度 ☐ 開業・運営 ☐ その他（ ）
当日の確認事項	同行者への依頼・留意事項：

4. 事前確認・訪問後フォロー

事前打合せ	☐ 希望（ 月 日 時頃） ☐ 不要	同行者（予定）	
訪問後振り返り	☐ 当日実施 ☐ 後日実施	次回アクション	担当： 期限： 月 日

※ 患者氏名や病歴など、個人を特定できる情報は記載せず、必要な情報は院内規程に従って取り扱ってください。