

訪問診療申込書

年 月 日 記入

あいしんクリニック 行き

FAX.072-959-6778

※□=該当内容に☑をお願い致します。

お申し込みを担当される方について				
申込者の お名前	(患者様との関係： )		電話番号	- -
患者様について				
フリガナ			<input type="checkbox"/> 大正	
氏 名	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生( 歳)
			<input type="checkbox"/> 平成	
自宅住所				
申込理由	<input type="checkbox"/> 通院困難 ( <input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 精神) <input type="checkbox"/> できるだけ自宅での療養希望 <input type="checkbox"/> 住まいでの看取り希望 <input type="checkbox"/> 施設入所中による (又は入所予定) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
本人・家族 の意志	ご本人 <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 不明	ご家族 <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 不明	訪問診療の 開始希望月	月頃
特記事項 (施設住所・具体的ご要望など)				
医療について				
主病名			<input type="checkbox"/> 退院予定 <input type="checkbox"/> 訪問診療中 <input type="checkbox"/> 外来通院中	
主治医	病院 / 科	先生	主治医への 訪問診療の相談	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済
必要な 医療内容	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 他注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸入・吸引 <input type="checkbox"/> 疼痛・癌疼痛管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> 他 ( )			
介護について				
担当ケアマネジャー：	事業所名：	電話番号	-	-
		FAX番号	-	-
介護者について (キーパーソン)	1.氏名(続柄) ( ) 住所	電話番号	-	-
	2.氏名(続柄) ( ) 住所	電話番号	-	-
家族構成	その他			
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請	介護度	要介護 ( ) 要支援 ( )	
介護保険サービス 活用の内容	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (事業所名： ) <input type="checkbox"/> デイサービス (事業所名： ) <input type="checkbox"/> ヘルパー (事業所名： ) <input type="checkbox"/> 他サービス (事業所名： )			
患者様の情報のご提供について				
以下の情報があれば、写し又は原本の提出をお願い致します。				
【 ケアマネージャーの方 】		【 医療機関の方 】		【 施設職員の方 】
<input type="checkbox"/> 利用者基本情報		<input type="checkbox"/> 診療情報提供書		<input type="checkbox"/> 診療情報提供書
<input type="checkbox"/> ADL表		<input type="checkbox"/> 入院時の看護サマリー		<input type="checkbox"/> 利用者基本情報
<input type="checkbox"/> ケアプラン		<input type="checkbox"/> 薬情報		<input type="checkbox"/> ADL表 <input type="checkbox"/> ケアプラン
<input type="checkbox"/> 薬情報 <input type="checkbox"/> 介護保険情報		<input type="checkbox"/> 医療・介護保険情報		<input type="checkbox"/> 医療・介護保険情報
初回面談時に、下記書類の原本をご提示 (ご提出) 頂きますので、ご用意をお願い致します。				
診療情報提供書 ・ 保険証 ・ その他医療費受給者証 ・ 介護保険証 ・ 介護保険負担割合証 ・ お薬手帳				

ご記入頂き有難う御座いました。「訪問診療申込書」はFAX、もしくは電話でお問い合わせの上、初回面談時にご提出ください。

「訪問診療申込書」を受信次第、担当者より申込者様宛にお電話を致します。

添付の資料がございましたら、あわせて提出くださいますよう、お願い申し上げます。

あいしんクリニック 様式-在: