

訪問診療申込書

申込日 年 月 日

申込者氏名 \_\_\_\_\_

利用者様とのご関係 ( )

1. 当院では訪問診療開始させて頂くにあたり、下記内容について事前にご記入をお願いしております。
2. 訪問診療開始前に、当院にて本用紙を参考にご契約及びご相談をさせていただきます。
3. 健康・介護保険証、障害者手帳、医療券に関しては記載した上で原本又はコピーを当院へお持ち下さい。

患者氏名		男 ・ 女	生年月日	M・T・S・H	年 月 日
住所（建物名 までご記入下 さい）	〒		ご家族様と 同居・独居		TEL
キーパーソン 氏名			続柄 ( )		TEL
健康保険証： 国保 ・ 後期 ・ 社保 ・ 共済 ・ 生保 ・ その他 ( )					
身体障害者手帳： 有 ・ 無 等級：		医療券： 有 ・ 無 名称：			
介護保険証： 有 ・ 無		要介護状態区分：要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
居宅介護支援事業所名： ケアマネージャー氏名： TEL：					
現 病 歴	疾患名		既 往 歴	年月（頃）	疾患名
内 服 薬	現在使用している医療器機				
	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 胃瘻チューブ <input type="checkbox"/> 気管切開チューブ <input type="checkbox"/> その他 ( )				
現在の ADL と認知症の有無					
[ADL] 歩行： 自立 ・ 杖歩行 ・ 車椅子 ・ 寝たきり 食事： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 排泄： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 尿器 ・ ポータブルトイレ ・ オムツ 入浴： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					[認知症] 有 ・ 無 程度：低・中・高
その他・特記事項					