

訪問診療申込書

いしが在宅ケアクリニック 宛



FAX 059-336-2405

Email ishiga.homecare24@gmail.com

TEL 059-336-2404

下記の項目についてご記入いただきお送り下さい。
送信の前にお電話をいただけますと幸いです。受信・確認後、担当者よりお電話させていただきます。

発信日	月	日		
紹介元医療機関名			<input type="checkbox"/> 外来通院	<input type="checkbox"/> 入院中
申込担当者の 所属・名前			TEL:	
フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者様氏名	様	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	
		年	月	日生 歳
訪問先住所			TEL ①	()
			②	()
医療保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢	_____ 割負担	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証(区分:)
	<input type="checkbox"/> 公費		<input type="checkbox"/> 生活保護(担当者:)
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中(/)調査	<input type="checkbox"/> 未申請	要支援:	要介護: _____ 割負担
	居宅事業所:		担当者:	TEL:
訪問看護	事業所:			

訪問開始時期	<input type="checkbox"/> いつでも	<input type="checkbox"/> 急ぎ	<input type="checkbox"/> なるべく早く	<input type="checkbox"/> その他()
--------	-------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	---------------------------------

病名及び既往歴						
現在受けている 医療行為	<input type="checkbox"/> IVH	<input type="checkbox"/> ポート	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> その他()				
依頼目的 日常生活動作など						
本人・家族の意向	本人: 家族:					
家族構成 生活状況	キーパーソン:		主介護者:			
経済状態						
特記事項 (伝えておきたいこと 困っていることなど)						