

訪問診療申込書

FAX番号:0796-80-9036

申し込み日 年 月 日

相談者							
医療機関または事業所名							
連絡先	TEL				FAX		
患者情報							
ふりがな							
患者氏名							
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日						
住所	〒						
電話番号	() -						
現在の居住	☐ 自宅 ☐ 入院 () 退院予定日： 月 日 ☐ 施設 ()						
病名 既往歴							
ご連絡先 (キーパーソン)	氏名				続柄	☐ 同居 ☐ 別居	
	住所	〒					
	電話番号	自宅 () - 携帯 () -					
かかりつけ医	病院名						
	担当医			診療情報提供書	☐ あり・ ☐ なし・ ☐ これから		
医療保険情報	☐ 後期(1割・2割・3割) ☐ 国保 ☐ 社保 その他 ()						
公費情報	☐ 生活保護 ☐ 難病 ☐ 障害 その他 ()						
医療処置	・IVH/輸液ポンプ・CAD/PCAポンプ・ポート・尿道カテーテル・ストマ・呼吸器 ・気管切開・酸素・褥瘡・インスリン・輸液ポンプ・その他 ()						
介護認定	未申請・申請中・要支援1・2/要介護1・2・3・4・5 負担割合：1割・2割・3割						
ケアマネジャー	事業所名						
	担当者名				E-mail		
	電話番号	() -			FAX	() -	
介護サービス 利用状況	☐ ①訪問看護(事業所：) ☐ ②訪問介護(事業所：) ☐ ③訪問リハビリ(事業所：) ☐ ④訪問入浴(事業所：) ☐ ⑤デイサービス(事業所：) ☐ ⑥その他 ()						
①～⑥のサービスの 週間予定を記入下さい	月 火 水 木 金 土 日						
	午前	()	()	()	()	()	()
	午後	()	()	()	()	()	()
ADL	・食事(自立・見守り・一部介助・全介助) ・排泄(自立・見守り・一部介助・全介助) ・歩行(自立・見守り・一部介助・全介助) ・入浴(自立・見守り・一部介助・全介助)						
備考							

ぽかぽか在宅ケアクリニック

〒669-6702 兵庫県美方郡新温泉町浜坂462-3

TEL：0796-80-9035