

# 訪問診療申込書

申込者名： (患者様との続柄： ) 申込日 年 月 日

ふりがな			明・大・昭・平					
患者様氏名	□男 □女		年 月 日 ( 歳)					
住所								
申込理由	<input type="checkbox"/> 通院困難 (□身体□精神) □緩和ケア希望 □お看取り希望 □その他 ( ) <input type="checkbox"/> ケアマネジャー・包括支援センター・役所からのお勧め							
第1連絡者 (緊急連絡先)	氏名：		続柄：		電話：( ) -			
	住所：							
第2連絡者 (緊急連絡先)	氏名：		続柄：		電話：( ) -			
	住所：							
家族構成 □独居 □2人 □3人 □4人 □その他								
氏名	(続柄)	電話番号	同居・別居 (在在地)					
	( )	( ) -	□同居 □別居 ( )					
	( )	( ) -	□同居 □別居 ( )					
	( )	( ) -	□同居 □別居 ( )					
	( )	( ) -	□同居 □別居 ( )					
主病名			□外来通院中 □退院予定 □訪問診療中					
主治医	病院/ 科		先生 紹介状(□有 □無)					
かかりつけ 薬局	薬局名：		電話					
日常生活 動作	食事：□自立 □一部介助 □全介助 □経管栄養 ( ) 移動：□自立 □歩行器・杖 □車いす □寝たきり 排泄：□自立 □一部介助 □ポータブル □おむつ □カテーテル 入浴：□自立 □一部介助 □清拭のみ □訪問入浴 □その他 ( )							
使用医療機器	□点滴 □酸素療法 □吸入・吸引 □褥瘡処置 □その他 ( )							
保険証種類	□国保 □後期高齢者 □社保(本人・家族)			公費		□心身障害医療証		
	□身体障害者手帳 □生活保護			□有 □無		□特定疾患医療証		
介護認定	□申請なし □申請中 □自立 □要支援 (1・2) □要介護 (1・2・3・4・5)							
担当 ケアマネジャー	事業所名			電話				
介護 サービス	①訪問看護：		②訪問介護：					
	③訪問リハビリ：		④訪問入浴：					
	⑤デイサービス：		⑥その他：					
	*上①～⑥のサービスの現在の週間予定を下記にご記入ください。							
		月	火	水	木	金	土	日
午前								
午後								
訪問診療希望曜日・時間帯	□無 □有 ( 曜日 時頃)							
初回面談時に、下記書類の原本を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								

みやざきクリニック

〒355-0328 埼玉県比企郡小川町大塚285 TEL:0493-72-2233 FAX:0493-72-6296