

# 訪問診療申込書

年 月 日 記入

かつしかクリニック行き FAX.03-6662-5870 ※□=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 □大正  
氏名 □昭和 年 月 日生( 歳)  
□男・□女 □平成

自宅住所

申込理由 □通院困難(□身体・□精神) □できるだけ自宅での療養希望 □住まいでの看取り希望  
□施設入所中による(又は入所予定) □その他( )

本人・家族の意志  
ご本人 □希望あり □不明  
ご家族 □希望あり □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 □退院予定 □訪問診療中 □外来通院中

主治医 病院/科 先生 主治医への訪問診 □済 □未済

必要な医療内容 □点滴 □中心静脈栄養 □他注射 □経管栄養(胃瘻・腸瘻) □ストマ管理 □酸素療法 □吸入・吸引 □疼痛・癌疼痛管理 □褥瘡処置 □尿道留置カテーテル □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 □申請済 □申請中 □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 □ヘルパー(事業所名： ) □他サービス(事業所名： )  
□訪問看護(事業所名： ) □デイサービス(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。

<p>【 ケアマネージャーの方 】</p> <p>□利用者基本情報 □ADL表 □ケアプラン □薬情報 □介護保険情報</p>	<p>【 医療機関の方 】</p> <p>□診療情報提供書 □入院時の看護サマリー □薬情報 □医療・介護保険情報</p>	<p>【 施設職員の方 】 □診療情報提供書 □利用者基本情報 □ADL表 □ケアプラン □医療・介護保険情報</p>
---	---	---

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  
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。 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。