

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		<input type="checkbox"/> 大正
氏名	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生(歳) <input type="checkbox"/> 平成

自宅住所	
------	--

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

本人・家族の意志	ご本人	ご家族	訪問診療の開始希望月
	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 不明	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		<input type="checkbox"/> 退院予定 <input type="checkbox"/> 訪問診療中 <input type="checkbox"/> 外来通院中
-----	--	---

主治医	病院 / 科	先生	主治医への訪問診	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済
-----	--------	----	----------	--

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

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

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。