

訪問診療申込書

平成 年 月 日記載

向陽台ファミリークリニック行き FAX 0123-48-5152

TEL 0123-48-5151

お申込みを担当される方について				
申込担当者 のお名前・所属		電話番号 FAX番号	() ()	- -
患者様について				
フリガナ				
患者氏名	男・女	生年月日	T・S・H	年 月 日 (歳)
自宅住所	〒 千歳市	電話番号		
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 ・ その他()			
本人、家族 の意志	本人	家族	訪問診療 開始希望月	月頃
	希望あり・不明	希望あり・不明		
特記事項	患者さん外来受診(訪問前面談) 可 ・ 不可(理由:)			
医療について				
主病名	入院中 ・ 外来通院			
主治医	先生	病院	主治医への訪問診療の相談	済 ・ 未済
必要な医療 内容 (○をつけて ください)	・点滴 ・中心静脈栄養 ・他注射 ・経管栄養(胃瘻・腸瘻) ・ストマの管理 ・酸素療法 ・吸引 ・吸入 ・レスピレーター管理 ・気管切開 ・膀胱瘻 ・腎瘻 ・尿導留置カテーテル ・褥創処置 ・疼痛の管理 ・透析(血液・腹膜) ・他 ()			
介護について				
在宅担当介護支援専門員:	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 (分かる範囲 でお願いします)	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 (他)サービス について	導入済	訪問看護	事業所名()	・ デイサービス 事業所名()
	その他()	検討中		
患者様の情報について				
以下の情報があれば写しの添付をお願い致します。				
ケアマネージャの方 <input type="checkbox"/> 利用者基本情報(フェイスシート) <input type="checkbox"/> ADL表 <input type="checkbox"/> ケアプラン・予定表 <input type="checkbox"/> 薬情報		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(フェイスシート) <input type="checkbox"/> ADL表 <input type="checkbox"/> ケアプラン・予定表 <input type="checkbox"/> 薬情報
面談時に下記の書類の原本のご持参が必要となりますのでご用意をお願い致します。 (もしくは、初回の訪問診療にお伺いした際に拝見致します。)				
保険証 ・ 介護保険証 ・ 介護保険負担割合証 ・ お薬手帳 ・ その他医療費受給者証				

ご記入を頂きありがとうございました。頭紙は不要でございますので、添付の資料がございましたら合わせてご送信をお願い致します。