

訪問診療申込書

至急度： 至急 ・ 通常

FAX: 03-3339-2833 記入日： 年 月 日

申込者氏名		ご関係： 本人・家族・ケアマネ・その他（ ）					
ご連絡先 TEL							
フリガナ 利用者氏名	男・女 様	生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 西暦 年 月 日 （ 歳）					
住所 〒		家族構成図					
TEL							
キーパーソン（緊急連絡先）							
①氏名：		続柄	TEL： 同居・別居				
②氏名：		続柄	TEL： 同居・別居				
保険証： 後期 ・ 国保 ・ 社保		公費： 障 ・ 都 ・ 生保 ・ 他（ ）					
身体障害者手帳： 有 ・ 無		特定疾患診療症： 有 ・ 無					
介護保険証： 有 ・ 無 ・ 申請中		介護度： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					
担当ケアマネージャー 氏名：		訪問看護	利用中・未・調整中				
事業所名： TEL：			事業所名：				
病名	現在は 入院中 ・ 自宅 ・ 施設入所中 ・ その他						
既往							
訪問依頼の経緯							
かかりつけ医	診療情報提供書の依頼： 済 ・ 未・ 定期受診、他科受診の予定 有 ・ 無						
かかりつけ薬局	配薬 有 ・ 無						
週間予定 ①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤訪問リハ		現在行っている医療行為など					
	月	火	水	木	金	土	胃ろう・経鼻胃管・酸素・点滴・気管切開・インスリン注射 ・人工肛門・吸引・尿道留置カテーテル・褥瘡処置 その他（ ）
AM							
PM							
その他 連絡事項、ご要望など							

ご記入いただきありがとうございました。お手数をおかけしますがFAXにてご送信ください。 FAX: 03-3339-2833

訪問診療申込書を受信次第、担当者より申込者様宛てにお電話をいたします。

初回面談時に、下記書類のご用意をお願いいたします。

(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)