

## 訪問診療申込書

至急度： 至急 ・ 通常

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	様	男 ・ 女	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 ( )		
身体障碍者手帳： 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： 事業所名：	TEL :	訪問看護	利用中・未・調整中 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症・介護保険症・介護保険負担割合症・お薬手帳)