

訪問診療申込用紙

申込日：令和 年 月 日

利用者	氏名	生年 月日		M・T・S	年	月	日	歳	男・女
	住所							TEL	
申込者	氏名	続柄		TEL					
	住所								
病名	<input type="checkbox"/> 認知症あり（周辺症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明）								
現在の かかりつけ医	病院・医院名	科		主治医名（ ）先生					
	その他通院している診療科（医院名）								
経過	おわりの範囲でご記入下さい。 ※診療情報提供書があれば記入不要								
ADL	<input type="checkbox"/> 寝たきり・ <input type="checkbox"/> 車椅子(移乗 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 介助)・ <input type="checkbox"/> 杖歩行・ <input type="checkbox"/> 自立歩行								
必要な医療	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> インスリン <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"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 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"/> その他（								
同居家族	無 ・ 有 （続柄 ）			キーパーソン	氏名		続柄		
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2		<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5		<input type="checkbox"/> 申請中		<input type="checkbox"/> 未申請		
ケアマネ ジャー	氏名	TEL							
	事業所名								
利用状況 事業所名 曜日など	<input type="checkbox"/> 訪問看護	（事業所名 曜日）		<input type="checkbox"/> デイサービス	（事業所名 曜日）				
	<input type="checkbox"/> ヘルパー	（事業所名 曜日）		<input type="checkbox"/> ショートステイ	（事業所名 曜日）				
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	（事業所名 曜日）		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	（事業所名 曜日）				
	<input type="checkbox"/> その他	（ ）							
保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）								
	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他（ ）								
要望	心肺停止時	<input type="checkbox"/> 蘇生処置をする <input type="checkbox"/> 蘇生処置を行わない <input type="checkbox"/> 不明							
	急変時	食思不振時の点滴	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 不明						
		入院の希望	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 不明						
		その他							
看取りの場合	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 不明								
備考	診療情報提供書 お薬手帳（現在の内服薬の情報がわかるもの）の写しがあれば一緒にFAXお願いします。 初回契約時に、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。 ・診療情報書提供書・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 ご不明な点をご連絡ください ニコ内科クリニック TEL 027-386-2592 FAX 027-386-2506								