

# 訪問診療申込書

年 月 日記入

西村クリニック行き FAX 072-952-8603

TEL 072-952-8460

お申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 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				
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 希望あり ・ 不明	家族 希望あり ・ 不明	訪問診療 開始希望月	月頃
特記事項				
医療について				
主病名	入院中 ・ 外来通院			
主治医	病院	先生	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 ・吸入 ・吸引 ・レスピレーター管理 ・気管切開 ・膀胱瘻 ・褥瘡処置 ・尿道留置カテーテル ・疼痛の管理 ・その他( )			
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)	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提出をお願い致します。				
ケアマネジャーの方 <input type="checkbox"/> 利用者基本情報 <input type="checkbox"/> ADL表 <input type="checkbox"/> ケアプラン・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 <input type="checkbox"/> ADL表 <input type="checkbox"/> ケアプラン・予定表 <input type="checkbox"/> 薬情報
初回面談時に下記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。				
保険証 ・ 介護保険証 ・ 介護保険負担割合証 ・ その他医療費受給者証 ・ お薬手帳 ・ 紹介状 ・ 訪問同意書				

ご記入頂きありがとうございます。  
 訪問診療の申込は、この用紙をFAX、もしくは電話でお問い合わせの上、初回面談時にご持参ください。  
 添付の資料がございましたらあわせて提出お願い致します。