

# 訪問診療申込書

(申込日： 年 月 日)

ふりがな 患者氏名			男 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(才)
住 所	訪問先住所：			
	住民票の市町村：			電話番号：
連 絡 先 (キーパーソン)	連絡先①	氏名 続柄 ( )		自宅電話：
		〒		携帯電話：
	連絡先②	氏名 続柄 ( )		自宅電話：
		〒		携帯電話：
ケアマネー ジャー	氏名		事業所	電話番号：
				FAX 番号：
介護保険	未申請 ・ 申請中 ・ 要支援(1・2) ・ 要介護(1・2・3・4・5)			

病 名						
かかりつけ医	通院中・入院中( 月 日頃退院予定)、かかりつけ医なし					
必要な医療処置 (○をつけて下さい)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・末梢点滴 ・中心静脈栄養(CVポート 有・無) ・自己注射 ・他注射( )</li> <li>・経管栄養(経鼻カテ・胃瘻・腸瘻) ・酸素治療 ・吸入 ・気管切開 ・人工呼吸器</li> <li>・尿道留置カテーテル ・膀胱瘻 ・腎瘻 ・褥瘡処置 ・その他( )</li> </ul>					
日常生活動作等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事(自立・見守り・一部介助・全介助) ・排泄(自立・見守り・一部介助・全介助)</li> <li>・歩行(自立・見守り・一部介助・全介助) ・入浴(自立・見守り・一部介助・全介助)</li> <li>・認知症高齢者の日常自立度(I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)</li> </ul>					
他サービス利用状況 訪問リハビリやなどのサービス、または、訪問診療が不可の時間等をご記入下さい。 (例：9時～10時 訪問入浴)		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
	午前					
午後						
特記事項						

この用紙とともに、医療保険者証・保護手帳・介護保険被保険者証・介護保険負担割合証コピーの添付をお願いします。(重度心身障害者医療費受給書/特定医療費受給者証/標準負担額減額認定証などがございましたらあわせてご送付下さい。)

医療法人社団 慶友会 Keiクリニック  
〒070-0054 旭川市4条西4丁目2番16号  
電話：0166-25-0115 FAX：0166-23-0681