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： （施設 TEL　　） （施設入居日　　年　　月　　日）		
	住民票の市町村：旭川市・他（　　）		自宅番号：

連絡先 (キーパーソン)	①	氏名　　続柄（　　）	自宅：
		〒	携帯：
	②	氏名　　続柄（　　）	自宅：
		〒	携帯：

ケアマネージャー	氏名	事業所	電話：
			FAX：
介護保険	要　介　護　　（1・2・3・4・5）		

主な病名	
現在通院中の病院	□　□　□ □　□　□ ※Kei クリニックへ移行予定のものにチェックお願いします。 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）	・末梢点滴　・中心静脈栄養（CV ポート 有・無）　・自己注射　・他注射（　　） ・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 ・尿道留置カテーテル　・膀胱瘻　・腎瘻　・褥瘡処置　・その他（　　）
日常生活動作等	・移動：　自立・一部介助・全介助　　・食事：　自立・一部介助・全介助 ・排泄：　自立・一部介助・全介助　　・入浴：　自立・一部介助・全介助 ・着替え：　自立・一部介助・全介助　　・整容：　自立・一部介助・全介助 ・寝たきり度：　J（ほぼ自立）・A（外出には介助が必要）・B（主に車イス生活）・C（床上生活） ・認知症高齢者の日常自立度：　Ⅰ　・　Ⅱa　・　Ⅱb　・　Ⅲa　・　Ⅲb　・Ⅳ　・　M

サービス利用状況 訪問リハビリやデイサービス等の訪問診療が不可の時間等をご記入下さい。 （例：9～10 時　訪問入浴）		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
	午前					
	午後					

特記事項	

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