

# 向原クリニック 訪問診療申込書

FAX 078-975-8770

太枠の中を記入してください

貴医療機関名：		担当者名：		TEL：		
ふりがな			生年月日			
患者氏名	(男・女)		M・T S・H	年	月	日(歳)
住所	〒				家族構成	
電話番号	①	-	-	(	)	キーパーソン：
	②	-	-	(	)	
	③	-	-	(	)	
病名				必要な医療処置		
ADL				・点滴 (ポートあり・なし) ・気管切開 ・胃ろう (バンパー型、バルーン型) ・バルーンカテーテル ・HOT ・吸引 ・他 ( )		
<<病状や経過>>  <<問題点>> # # #						
現在 ・入院中 (入院開始日 / 退院予定日 / ) ・在宅療養中 再度の入院が必要な場合 : 受け入れ 可能 ・ 不可能 : バックアップ病院				保険証 ・医療保険 ( 割 ) ・介護保険 ( 割 ) ・身障者手帳 ・重度障害者医療費受給者証 ・特定医療費 (指定難病) 受給者証 ・高額療養費受給者証 ・後期高齢者医療限度額適用認定証 ・生活保護		
面談時来院者		続柄：				
ケアマネージャー			介護度： (申請中 ・ 変更申請中 )			
訪問看護			24時間対応あり ・ なし			
ケースワーカー						
週間予定 (介護保険サービスなど)						
月	火	水	木	金	土	日
都合の悪い曜日や時間帯						
備考						
在宅診療を希望する理由 (在宅看取り ・ 通院困難 ・ 他 )						

当日、診療情報提供書・保険証・介護保険証・各種受給者証すべて・おくり手帳の持参をお願い致します。  
 ご家族のみの面談は自費¥1,000- 発生いたしますので、その旨お伝えください。