

# 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	-	-	( )		
	②	-	-	( )		
	③	-	-	( )		
病名				必要な医療処置		
ADL				<ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴 (ポートあり・なし)</li> <li>・気管切開</li> <li>・胃ろう (バンパー型、バルーン型)</li> <li>・バルーンカテーテル</li> <li>・HOT</li> <li>・吸引</li> <li>・他 ( )</li> </ul>		
<<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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療保険 ( 割)</li> <li>・介護保険 ( 割)</li> <li>・身障者手帳</li> <li>・重度障害者医療費受給者証</li> <li>・特定医療費 (指定難病) 受給者証</li> <li>・高額療養費受給者証</li> <li>・後期高齢者医療限度額適用認定証</li> <li>・生活保護</li> </ul>		
面談時来院者		続柄：				
ケアマネジャー	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				告知 : 済 ・ 未		

事前説明当日、診療情報提供書・保険証・介護保険証・各種受給者証すべて・おくすり手帳のご用意をお願い致します。