

訪問診療申込書

いしが在宅ケアクリニック鈴鹿 宛



FAX 059-389-7708

Email ishiga.homecare24.suzuka@gmail.com

TEL 059-389-7707

下記の項目についてご記入いただきお送り下さい。

送信の前にお電話をいただけますと幸いです。受信・確認後、担当者よりお電話させていただきます。

発信日	月 日					
紹介元医療機関名				<input type="checkbox"/> 外来通院	<input type="checkbox"/> 入院中	
申込担当者の所属・名前				TEL:		
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女	
患者様氏名	様	生年 月日	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> R
訪問先住所		年 月	日生	歳		
医療保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢			割負担	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証(区分:)	
	<input type="checkbox"/> 公費			<input type="checkbox"/> 生活保護(担当者:)		
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中(/)調査		<input type="checkbox"/> 未申請	要支援:	要介護:	割負担
居宅事業所:				担当者:	TEL:	
訪問看護	事業所:					
訪問開始時期	<input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 急ぎ <input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> その他()					

病名及び既往歴						
現在受けている医療行為	<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他()					
依頼目的 日常生活動作など						
本人・家族の意向	本人: 家族:					
家族構成 生活状況	キーパーソン: 主介護者:					
経済状態						
特記事項 (伝えておきたいこと 困っていることなど)						