

訪問診療申込書

令和 年 月 日 記載

向陽台ファミリークリニック行き FAX 0123-48-5152

TEL 0123-48-5151

主治医	診療科	本人、家族の意志	本人 希望あり・不明	家族 希望あり・不明
紹介元名称	入院(居)中・外来 (一般病棟等・療養病棟・回復期病棟・有床診療所・介護施設)			
申込担当のお名前・所属	連絡電話番号 () -	連絡FAX番号 () -		
フリガナ				
患者氏名	男・女	生年月日 M T S H	年 月 日 (歳)	
自宅住所	〒 千歳市	電話番号		
病名			訪問診療 開始希望月	月頃
申込理由				
緊急入院先	自院・病院(病院)・未定			
薬局	電話番号			
必要な医療内容 (○をつけてください)	・点滴 ・中心静脈栄養 ・他注射 ・経管栄養(胃瘻・腸瘻) ・ stomasの管理 ・酸素療法 ・吸引 ・吸入 ・レスピレーター管理 ・気管切開 ・膀胱瘻 ・腎瘻 ・尿管留置カテーテル ・褥創処置 ・疼痛の管理 ・透析(血液・腹膜) ・他 ()			
介護者について (キーパーソン)	1. 氏名(続柄) ()住所	電話番号() -		
	2. 氏名(続柄) ()住所	電話番号() -		
家族構成 (家族図・同居者以外も分かる範囲でお願いします)	その他			
介護保険	申請済・検討中・申請中・未申請		介護度	要介護 () 要支援 ()
介護保険(他)サービスについて	導入済 検討中			
在宅担当介護支援専門員:	事業所名:	電話番号() -		
		FAX番号() -		
介護保険	保険者番号 :			
	被保険者番号 :			
	要介護区分 :			
	認定有効期間: 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
主保険	保険者番号	記号	前期・後期 高齢者自己負担割合	
		番号	1割	2割 3割
併用保険	負担者番号		受給者番号	
併用保険	負担者番号		受給者番号	
特記事項	患者さん外来受診(訪問前面談) 可 ・ 不可 (理由:)			