訪問診療申込書

※分かる範囲でご記入ください

たけし在宅クリニック　行き

FAX:03-5639-9164

ふりがな 患者様氏名　　様	男 女	明治・大正・昭和・平成 年　月　日（　）歳
住所　〒		TEL FAX

健康保険：　社保　・　国保　・　生保　・　後期

医療受給証：　無　・　有　（　障害　・　自立支援　）　・　その他（　　）

介護保険：　無　・　有　・　申請中

要介護状態区分　　要支援　1　・　2　　要介護　1・2・3・4・5

居宅介護支援事業所　・　地域包括支援センター（　　）

ケアマネージャーもしくは担当者氏名（　　）

TEL（　　）　FAX（　　）

家族構成	同居人：　有　・　無			
	氏　名	続柄	居住状況	別居の場合は住所・TEをL記入してください
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	

緊急連絡先	氏　名	ご関係	TEL	
	①		①	②
	②		①	②
	③		①	②

医療機関：　入院中　・　通院中　・　通院なし　　診療情報提供書：　有　・　無

入院病院名（　　）　・　退院予定日（　月　日）

通院中医療機関	医療機関名	診療科	医師名	診療曜日
	①			
	②			
	③			

利用中のサービス	サービスの種類	事業所名	TEL	曜日と時間
	訪問看護			
	訪問介護			
	訪問入浴			
	デイサービス			
	訪問リハビリ			
	そのほか			

病名

主訴（該当するものにチェックをしてください）

□疼痛（部位：　　）□吐き気　□食欲低下　□倦怠感　□褥瘡　□浮腫　□呼吸苦
□幻覚・妄想　□認知障害　□その他（　　）

現在使用している医療機器（該当するものにチェックをしてください）

□なし　□人工呼吸器　□胃瘻　□在宅酸素　□中心静脈栄養　□気管切開チューブ
□膀胱留置カテーテル
□その他（　　）

医学的所見

意思疎通：　良好　・　困難　・　不可

ADL：　自立　・　介助（内容：　　）　・　寝たきり

経過概略（時系列で御記入ください）
例：○年○月～高血圧で内服、○年○月に大腸癌と診断され手術、など

その他伝達事項