

訪問診療申込書

TEL 03-5496-0671
FAX 03-5496-0677

申込日 年 月 日
申込者氏名
利用者さんとの御関係 ()

ふりがな	男 女	大正・昭和・平成			
利用者氏名		年 月 日 (歳)			
住所 〒					
電話番号			FAX番号		
健康保険証：国保・後期・社保・その他 ()					
身体障害者手帳：有・無		公費保険証：有・無		特定疾患医療証：有・無	
介護保険証：有・無		要介護状態区分：要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
居宅介護支援事業所			担当者名		
家族構成	氏名	年齢	続柄	同居の有無	主たる介護者に○印
				有・無	
				有・無	
				有・無	
緊急連絡先					
1 氏名		続柄	電話番号		
2 氏名		続柄	電話番号		
病名			アレルギー：有・無		
既往症					
感染症：有・無・不明 (有の場合は、該当するものに○印) 梅毒 HCV HBV MRSA その他 ()					
かかりつけ医療機関名			診療科	担当医師名	
在宅療養に対する希望					
本人：					
家族：					
現在行っている医療処置 等					
胃ろう・経鼻胃管・点滴・酸素療法・気管切開・人工呼吸器・医療麻薬・褥瘡 インスリン注射・尿道カテーテル・人工肛門(ストマ)・たん吸引・他()					
伝えておきたいこと、気になること、苦痛な症状 等					