

訪問診療申込書

【申込み日 年 月 日 / 申込者氏名： 利用者との関係： 】

ふりがな			明治・大正・昭和・平成				
氏名	(男・女)		年 月 日		歳		
住所	〒 市		TEL ()-				
第一連絡者 (緊急連絡先)	氏名：	続柄：	TEL：				
	住所：上記に同じ ・ 上記以外 ()						
利用者の家族構成	<input type="checkbox"/> 2人暮らし <input type="checkbox"/> 3人暮らし <input type="checkbox"/> 4人暮らし <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他 ()						
家族/親族	氏名	(続柄)	電話番号	同居・別居 ()			
	()			<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居 ()		
	()			<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居 ()		
	()			<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居 ()		
	()			<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居 ()		
かかりつけ医	医療機関名		医師名		紹介状 (あり・なし)		
病名	入院中の場合；医療機関名		退院日 (予定)：		年 月 日		
保険証の種類 その他	国保・社保 (本人・家族) ・ 後期高齢者医療 ・ (乳) ・ (子) ・ 自立支援医療 ・ 障害者証 難病医療証 ・ 身体障害者手帳； 級 生活保護：(管轄福祉事務所名 担当ケースワーカー)						
かかりつけ薬局	薬局名		TEL：				
ケアマネ事業所名	担当者：		TEL：				
サービス利用 状況	①訪問看護：		④通所介護 (デイサービス)：				
	②訪問介護 (ヘルパー)：		⑤訪問入浴：				
	③訪問リハビリ：		⑥その他：				
*上①～⑥のサービスの現在の週間予定を下記にご記入ください。							
	月	火	水	木	金	土 日	
AM							
PM							
介護認定	申請中		要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5			
障害支援	申請中		区分 1・2・3・4・5・6				
日常生活動作	食事： <input type="checkbox"/> 自立 (箸・スプーン) <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 () 移動： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行器・杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり 排泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル 入浴： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> その他 ()						
療養上の 心配ごと・不安等							
医療や療養生活に 対する希望							
療養の方針	<input type="checkbox"/> 何かあったら入院 <input type="checkbox"/> 自宅でできる範囲での医療を受けて自宅療養継続 <input type="checkbox"/> 医師等と相談の上で決定 <input type="checkbox"/> その他 ()						

むさしの丘ファミリークリニック (在宅療養支援診療所)

〒181-0014 東京都三鷹市野崎2-19-15-302 TEL：0422-30-9988 FAX：03-30-9991