

訪問診療 新規申込票 (自宅用)

あい長野クリニック宛

FAX : 026-217-2458

記入日 : 20 年 月 日	ご紹介者氏名			
	所属・電話番号		TEL	
患者氏名	カナ	性別	生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)
	様	男性	独居 同居	
		女性	施設 ()	
訪問先住所				TEL
緊急連絡先	カナ	様	続柄 ()	同居・別居
	①氏名			TEL
	カナ	様	続柄 ()	同居・別居
	②氏名			TEL
訪問診療を希望する理由				家族構成
医療保険	国保 社保 後期高齢者	自己負担割合 1 2 3 割		限度額認定証
公費負担など	生保 指定難病 () 身障手帳 (種 級)			
	療育手帳 精神障害者福祉手帳			
介護保険	無 ・ 申請中 ・ 調査済	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
ケアマネジャー	カナ	様	事業所名	TEL
病名				
かかりつけ医	①			
	②			
かかりつけ薬局				
1年以内の入院歴	なし・あり (病院 年 月 日退院)			
特別な医療処置	点滴	末梢 中心静脈カテ	CVポート	PICC
	経管栄養	胃ろう 種類	Fr mm ・ 経鼻	Fr固定 cm
	排泄管理	膀胱留置カテーテル	Fr	ストマ 腎瘻 膀胱瘻
	呼吸管理	吸引 酸素療法	ℓ	気切 人工呼吸器
	創傷処置	褥瘡	その他	
	注射	インシュリン	血糖測定	検 その他
	疼痛コントロール	その他		
介入予定サービス	訪問看護 ()		デイサービス	
	訪問介護		ショートステイ	
	訪問リハビリ ()		訪問入浴	
ADL	自立・見守り・一部介助・全介助 ()			クリニック職員名