

訪問診療 新規申込票 (施設用)

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	施設名				
		女性	入居予定日	20	年	月	日 ()
施設住所						TEL	
緊急連絡先	カナ	様	続柄 ()	同居・別居	TEL		
	①氏名		続柄 ()	同居・別居	TEL		
訪問診療を希望する理由	カナ	様	続柄 ()	同居・別居	TEL		
	②氏名						
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				
ケアマネージャー	カナ	様	事業所名		TEL		
病名							
紹介元医療機関	①						
	②						
利用予定薬局							
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 ()						
	訪問リハビリ ()						
ADL	自立・見守り・一部介助・全介助 ()					クリニック職員名	