

# 訪問診療申込書

送付枚数 枚

申込日	年 月 日		<申込者>	
フリガナ			氏名	
氏名			事業者名	
			電話番号	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日( 歳)		性別	男・女
電話番号	自宅( ) ー 携帯( ) ー			
住所	〒			
ご連絡先 (キーパソン)	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号	自宅( ) ー 携帯( ) ー		
既病				
かかりつけ医師	病院名			
	担当医		診療情報提供書	あり・なし・これから
医療保険情報	後期(1割・2割・3割)	国保	社保	その他( )
公費情報	生活保護	難病	障害	その他( )
療養状況	在宅・入院( ) 退院予定日: 月 日			
医療処置	・IVH/輸液ポンプ ・CAD/PCAポンプ ・ポート ・尿道カテーテル ・ストマ ・呼吸器 ・気管切開 ・酸素 ・褥瘡 ・インスリン ・輸血 ・その他( )			
介護認定	未申請 ・申請中 ・要支援(1・2) ・要介護(1・2・3・4・5) ・負担割合:1割 2割 3割			
ケアマネージャー	事業者名			
	担当者名		e-mail	
	電話番号		FAX	
介護サービス 利用状況	訪問看護(事業所: )	デイサービス(事業所: )		
	訪問介護(事業所: )	訪問入浴(事業所: )		
	その他( )			
週間予定	月 火 水 木 金 土 日			
	午前			
	午後			
ADL	・食事(自立・見守り・一部介助・全介助) ・歩行(自立・見守り・一部介助・全介助)		・排泄(自立・見守り・一部介助・全介助) ・入浴(自立・見守り・一部介助・全介助)	
備考				

※その他、情報がありましたら、別紙添付いただきますと幸いです。

※確認後、当院のコーディネーターよりご連絡させていただきます。お急ぎの場合、FAX後ご連絡の程お願い致します。

おうちのドクター川崎

〒213-0033 神奈川県川崎市高津区下作延3-3-10 スルバリエ梶ヶ谷202

TEL:044-789-8343 FAX:044-789-8344