

訪問診療申込書

申込日：令和____年____月____日

【依頼者】 氏名： _____ 続柄・事業所： _____
電話： _____

【基本情報】

利用者	カナ 氏名： _____ 生年月日： ____年 ____月 ____日（ ____歳） 男・女 住所： _____ ※施設の場合入所先名所もご記入ください 電話： _____
主介護者	カナ 氏名： _____ 続柄： _____ 住所： _____ 電話： _____ 同居 ・ 別居
ケアマネージャー	事業所・担当： _____ TEL : _____ FAX : _____
現在の主治医	医療機関： _____ 科名・担当医： _____ 紹介状： 有・無
病名・既往歴	
訪問診療を利用する理由	
	最終退院日(退院予定日)： _____ 残薬日数： _____
医療行為	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル（ ____ fr / 月 ____回交換） <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻 ____ fr / ____カ月毎交換) <input type="checkbox"/> 在宅酸素（ ____ℓ） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ（ ____ fr / ____カ月毎交換） <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> インシュリン自己注射・測定（測定 ____回 / 日） <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請中（区分変更中） <input type="checkbox"/> 未申請
ADL	<input type="checkbox"/> 歩行不可（車いす/寝たきり） <input type="checkbox"/> 歩行（自立/手引き/杖/歩行器など） <input type="checkbox"/> その他(_____)
サービス利用状況 〔利用曜日・時間〕	<input type="checkbox"/> 訪問看護・リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

※内容確認後、3営業日以内に電話にてご連絡させていただきます。

古淵アットホームクリニック 在宅担当者宛て
TEL：042-707-9898
FAX：042-707-8887