浅井東診療所　新規訪問診療申込書

【記入日　　年　　月　　日】

ふりがな 患者氏名			男 女	生年月日 T・S・H・R		年　月　日			年齢		
住所	〒							電話番号			
緊急連絡先	①	氏名		続柄		連絡先					
	②	氏名		続柄		連絡先					
疾患名											
既往歴											
入院日	年　月　日 ～				退院時期	頃					
退院後も必要な医療	・点滴　・中心静脈栄養（ポート　有・無）　・注射（　　） ・経管栄養（　　）　・ストマ管理　・在宅酸素（　　ℓ） ・吸入　・吸引　・レスピレーター管理　・気管切開　・褥瘡処置 ・尿道留置カテーテル　・疼痛管理　・その他（　　）										
健康保険証	後期高齢　国保　協会けんぽ　共済　組合　生活保護　その他（　　）										
身体障害者手帳	有	無	福祉医療	有	無	限度額適用認定証	有	無	難病手帳	有	無
介護保険	有	無	申請中（　新規　・　区変　）			介護度	支１　２　介１　２　３　４　５				
担当CM	事業所・氏名							連絡先			
障害高齢者の日常生活自立度	自立　J１　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2										
認知症高齢者の日常生活自立度	自立　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M										
訪問診療導入の経緯・希望理由											
ご担当者	所属・氏名						連絡先				

浅井東診療所　　FAX:　０７４９－７６－８１１８　　TEL:　０７４９－７６－８１１１

訪問診療導入の流れ：申込書FAX→詳細確認→受け入れ可否の検討→浅井東診療所で契約面談→訪問診療開始