

山本クリニック 訪問診療申込書

下記、わかる範囲でご記入下さい。
ご記入頂きました個人情報、本来の目的以外には使用致しません。

申込日 年 月 日 受付担当()

ご相談者様氏名 様 続柄

医療機関・事業所(部署)名 連絡先電話番号

◎訪問診療ご依頼理由 ※現在お困りの状況等についてチェックして下さい(複数回答可)

定期受診が困難である (ケアマネ・地域包括・役所)からの勧め ご自宅での生活に不安
 看取り希望 緩和ケアをお願いしたい その他 ()

◎当クリニックをどこで知りましたか? ※該当箇所にチェックをお願い致します

紹介(病院 診療所 市区役所 ケアマネ 知人) ホームページ パンフレットを見て
 以前家族が利用していた その他 ()

訪問診療を受けられる方について

フリガナ お名前	様	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日(歳)	
ご住所	〒							
電話番号	ご自宅	携帯電話等		駐車スペース なし・あり<場所⇒ >				
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中(病院) <input type="checkbox"/> 施設入居中(施設名:)							
病名	※診療情報提供書(紹介状)の提出をお願いしております							
既往歴								
医療・介護 上の問題点								
健康保険	国保・後期・社保・共済・生保・その他		公費 あり・なし		心身障害医療証 あり・なし 特定疾患医療証 あり・なし			
介護認定	なし・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中・区分変更中							
ご担当ケアマネジャー様	事業所			電話				
	ご担当者			FAX				
訪問看護利用の有無	なし・あり(事業所名:)							
在宅サービス	受けていない ①訪問看護 ②デイサービス ③訪問入浴 ④訪問介護 ⑤その他()							
		月	火	水	木	金	土	日
	AM							
PM								
ご本人・ご家族の希望 伝えておきたいこと								
主介護者名	様	続柄			連絡先			
	同居・別居(住所: 〒)							