

# 訪問診療申込書

申込日：令和\_\_年\_\_月\_\_日

## 【基本情報】

|         |  |
|---------|--|
| 利用者     | ふりがな _____<br>氏名： _____ 生年月日： M・T・S・H 年 月 日 ( 歳 ) 男・女<br>住所(施設の場合は入所先)： _____<br>電話： _____ |
| 依頼者     | 氏名： _____ 続柄・事業所： _____<br>住所： _____<br>電話： _____ FAX： _____                               |
| 主介護者    | 氏名： _____ 続柄： _____<br>住所： _____<br>電話： _____ 同居・別居  |
| ケアマネジャー | 氏名： _____ 事業所： _____<br>電話： _____ FAX： _____   |
| 現在の主治医  | 医療機関： _____ 科： _____ 医師名： _____<br>紹介状： 有・無  |

## 【利用者状態】

|       |  |
|-------|--|
| 主病名   |  |
| 経過    |  |
|       | 最終退院日 _____ 残薬日数 _____   |
| 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 <input type="checkbox"/> 未申請  |
| ADL   | <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> その他( )   |
| 医療機器等 | <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 在宅酸素<br><input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 経管栄養( 経鼻・胃瘻 ) <input type="checkbox"/> インシュリン自己注射<br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                     型番、交換時期、など                 </div> |

※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。

医療法人社団健志会  
 つるみクローバークリニック  
 FAX：045-572-1910