

リバータウンクリニック 訪問診療申し込み書

(すべてを埋めなくても結構です。わかる範囲で記入してください)

FAX: 0166-73-9296 相談日 20 / /

ふりがな

性別: 男 ・ 女

患者様氏名

生年月日: T . S . H 年 月 日 年齢

①保険証に記載されている住所・電話番号

②現在生活されている住所・電話番号(施設、医療機関含む)

相談者氏名(続柄)

同居・別居
連絡先

病名

医療保険 : 国保・社保・後期高齢者・生保・その他()

介護度 : 未申請、申請中、要支援1、要支援2、要介護1、2、3、4、5

身体障害者手帳: 無・有(1級・2級・3級)

認知症 : 無・有
有の場合: 認知症の症状や困っていること()

主治医名

主治医からの手紙 : 無 ・ 有

ケアプラン作成事業所名

ケアマネージャー名

現在利用中のサービス: 訪問看護、訪問リハビリ、ヘルパー、デイサービス・デイケア
訪問入浴、ショートステイ、福祉用具レンタル、その他()

患者様の状況

- ①移動 : 自立・一部介助(手引き・歩行器)・車椅子・寝たきり
- ②食事 : 自立・一部介助・全介助
- ③排泄 : 自立・一部介助・全介助
- ④視力障害 : 無 ・ 有
- ⑤聴力障害 : 無 ・ 有
- ⑥コミュニケーション : 十分可能・簡単な会話は可能・意思表示のみ・不能
- ⑦医療処置 : 胃瘻・経鼻胃管・中心静脈栄養・末梢点滴・尿道カテーテル
膀胱瘻・人工肛門(ストマ)・酸素療法・気管切開
人工呼吸器・インシュリン注射・その他()

訪問診療を希望する理由・困っていること・その他相談内容