



成田病院 訪問診療申込用紙

申込日 西暦 20 年 月 日

在宅での診療をご希望される方は、利用される患者様の情報についてご記入ください。その情報によって、訪問診療が可能かを検討し、一週間以内にご連絡させていただきます。

ふりがな

1. 患者氏名 _____ 性別 男性 ・ 女性 _____

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

〒

住所 _____

ふりがな

2. 申し込み者氏名 _____ (続柄) _____

同居 ・ 別居 ・ 同敷地内別棟 ・ 独居

3. 申し込み者の連絡先 ・ 住所

連絡先：携帯 _____ 自宅 _____

〒

住 所： _____

4. 担当ケアマネジャー 無 ・ 有

担当ケアマネジャーの氏名 _____

事業所名 _____ / 連絡先 _____

以下は、患者様の事についてお伺いいたします。

該当する所に○をご記入いただくか、わかる範囲でご記述下さい。

1. 訪問診療をご希望される理由：

- ・ 独居で、通院が困難。
- ・ 寝たきり状態で通院が困難
- ・ 床ずれや各種チューブ類の管理が必要
- ・ その他

[_____]

2. 介護保険の申請 : 済んでいる ・ 済んでいない ・ 申請中 ・ 該当しない

介護保険申請済の方へ 要介護認定 要支援 1 ・ 2

要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

3. 病名 _____

症状・障害 _____

かかりつけ医 _____ / 担当医師名 _____

飲んでいるお薬 _____

※処方せんもしくはお薬手帳のコピーでも構いません。

4. 病気の経過(わかる範囲で簡単にご記述下さい。)

()

5. 同居されているご家族(同敷地内別棟の方もご記入ください)

ご家族の状況(介護力の問題など)

()

6. 現在受けられているサービス： 無 ・ 有

有と回答された方へ 受けられているサービスに○をつけ、その横に受けられている曜日と時間帯に○をつけて下さい。

	月		火		水		木		金		土		日	
訪問看護	午前	午後												
訪問介護	午前	午後												
訪問入浴	午前	午後												
訪問リハビリ	午前	午後												
デイサービス	午前	午後												
通所リハビリ	午前	午後												

7. 現在受けられている医療処置： 無 ・ 有

有と回答された方へ 受けられている医療処置に○をつけて下さい。

高カロリー点滴 ・ 経管栄養 ・ 胃瘻チューブ

尿道カテーテル ・ 自己導尿 ・ 人工肛門 ・ 膀胱瘻 ・ 腎瘻

ネブライザー ・ 喀痰吸引 ・ 在宅酸素() ・ 気管切開 ・ 人工呼吸器

インシュリン注射 ・ 褥瘡処置 ・ 人工透析 ・ ペースメーカー

8. その他ご心配なこと、お困りのこと、ご質問したいことなどがありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。一週間以内にご連絡いたします。

