

しらみず診療所 訪問診療申込書



ご連絡者の情報			
フリガナ		所属	
お名前		部署	
メール		電話番号	
折り返しの連絡方法の希望		<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 電話	

患者さんの情報			
フリガナ			
お名前		生年月日 (西暦)	
住所	〒		
電話番号			
キーパーソンの情報			
フリガナ			
名前		続柄	
電話番号		住所	
訪問診療を希望する理由	(通院困難となっている原因と困っていることを記載してください)		
生活状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名)		
現在かかっている病気			
既往歴			
内服歴			
<患者さんの状態・ADLの確認>			
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
必要な医療材料	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他の注射 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> ストマの管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> レスピレーターの管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 疼痛管理(麻薬) <input type="checkbox"/> その他 (

利用中の医療・介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護（事業所） <input type="checkbox"/> デイサービス（事業所） <input type="checkbox"/> 訪問薬剤（薬局） <input type="checkbox"/> 訪問歯科（歯科） <input type="checkbox"/> その他（）
介護保険認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
担当ケアマネジャー 地域包括支援センター	
電話番号	
医療・障害等の保険に関して	
医療保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
その他あるものにチェック	<input type="checkbox"/> 医療費限度額認定証 <input type="checkbox"/> 難病受給者症（病名：） <input type="checkbox"/> 自立支援受給者症
障害者手帳	等級 主たる病名
身障	
療育	
精神	
難病	

当院に求めること
患者さん・家族との申し合わせ事項
ACP 実施状況の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし あれば記載ください（情報提供書に添付でも構いません。）

申込ありがとうございます。スタッフが確認してご連絡させていただきます。