

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)		年		月		日
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"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <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。