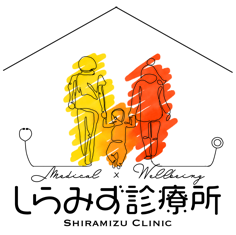
**しらみず診療所　訪問診療申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | メール　　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 | 一人暮らし　家族と同居　入院中  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 | | | | | 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | | | | | | | | | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | | | | | 自立 Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M | | | | | | | | | | |
| 必要な医療材料 | | | | | 点滴 中心静脈栄養 その他の注射 胃ろう 腸瘻  ストマの管理　酸素療法　吸引　吸入  レスピレーターの管理　気管切開　膀胱ろう  尿道留置カテーテル　透析　褥瘡処置　疼痛管理（麻薬）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 利用中の医療・介護サービス | | 訪問看護（事業所　　　　　　　　　　　　　）  デイサービス（事業所　　　　　　　　　　　）  訪問薬剤（薬局　　　　　　　　　　　　　　）  訪問歯科（歯科　　　　　　　　　　　　　　）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険認定 | | なし　申請中　要支援１　要支援２  要介護１　要介護２　要介護３　要介護４　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 | | １割　２割　３割 | | | | | | | | | | | | | |
| その他あるものにチェック | | | 医療費限度額認定証　難病受給者症（病名：　　　　　　　　　　）  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　あり　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。