**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。