

# 訪問診療申込書

申込日 年 月 日

申込者 氏名

患者さんとの ご関係 ( )

診察券番号				生年月日			
(ふりがな)				大正	昭和	平成	令和
患者名				年	月	日	( 歳)
住所 (施設確認)	〒						
	電話: ( )			FAX: ( )			
医療保険	国保 ・ 後期 ・ 社保 ・ 共済 ・ 生保 ・ その他 ( )						
身体障害者手帳 等級	有	無	医療券 名称	有	無		
診断名	( 級 ) ( )						
必要な医療							
特別な医療	がん ・ 在宅酸素療法 ・ 胃ろう ・ 経鼻胃管 ・ 吸引 ・ IVH ・ 尿カテーテル 気管切開 ・ 人工呼吸器 ・ 褥瘡 ・ その他 ( )						
要介護度	要支援 1 ・ 2    要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5						
ケアマネージャー	居宅介護支援事業所名:						
	担当者名:			連絡先: ( )			
利用している 介護サービス	サービス内容	事業所名			連絡先		
	①訪問看護ステーション						
	②デイサービス						
	③訪問入浴						
	④ヘルパー						
	⑤その他 ( )						
ご家族 構成	氏名	年齢	続柄	同居の 有無	主たる介護者 (○を記入)		
				有 ・ 無			
				有 ・ 無			
				有 ・ 無			
駐車場の有無	有 ・ 無						
在宅医療の希望 について	○最後まで在宅医療を希望する ( ) ○調子が悪ければ入院を希望する ( ) ○最終的には施設入所を希望する ( ) ○その他 ( )						

〒130-0012

東京都墨田区太平3-20-2

社会福祉法人賛育会 賛育会病院

2020年1月8日改定