

訪問診療申込書 連携シート

送付枚数 枚

申 込 日	年 月 日	<申 込 者 様>		
フリガナ		氏 名		
氏 名		事業者名		
		電話番号		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	性別	男・女	
住 所	〒			
電 話 番 号				
ご連絡先 (キーパーソン)	氏 名		続 柄	
	住 所			
	電話番号	自宅 () ー 携帯 () ー		
病 名 病 歴				
かかりつけ医	病院名			
	担当医		診療情報提供書	あり・なし・これから
医療保険情報	<input type="checkbox"/> 後期 (1割・2割・3割) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他 ()			
公 費 情 報	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他 ()			
療 養 状 況	在宅・入院 () 退院予定日： 月 日			
医 療 処 置	・IVH/輸液ポンプ・CAD/PCAポンプ・ポート・尿道カテーテル・ストマ・呼吸器 ・気管切開・酸素・褥瘡・インスリン・輸液ポンプ・その他 ()			
介 護 認 定	未申請・申請中・要支援1・2/要介護1・2・3・4・5 負担割合：1割・2割・3割			
ケアマネージャー	事業所名			
	担当者名		E-mail	
	電話番号		FAX	
介護サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> ①訪問看護 (事業所：) <input type="checkbox"/> ②デイサービス (事業所：) <input type="checkbox"/> ③訪問介護 (事業所：) <input type="checkbox"/> ④訪問入浴 (事業所：) <input type="checkbox"/> ⑤その他 ()			
①～⑤のサービスの 週間予定を記入下さい	月	火	水	木
	金	土	日	
A D L	・食事 (自立・見守り・一部介助・全介助)		・排泄 (自立・見守り・一部介助・全介助)	
	・歩行 (自立・見守り・一部介助・全介助)		・入浴 (自立・見守り・一部介助・全介助)	
備 考				

※その他、情報がございましたら、添付いただけますと幸いです。

※確認後、当院職員より連絡させていただきます。お急ぎの場合、FAX後ご連絡をお願いいたします。

すげのクリニック 院長 菅野 道貴

〒108-0073 東京都港区三田5-11-10 サンヒルズビル7階

TEL : 03-5444-2080 FAX : 03-5444-2081