

訪問診療依頼書

(分かる範囲で結構ですのでご記入をお願いします)

申込日 年 月 日

申込者氏名 様

(ふりがな)		性別		生年月日	
利用者氏名 様		男・女		西暦 年 月 日 (歳 ヶ月)	
自宅電話:		緊急 連絡先	①氏名:		続柄: Tel:
携帯電話:			②氏名:		続柄: Tel:
住所 〒			③氏名:		続柄: Tel:
保険種別: 社保・国保・共済・生保・その他		主病名			
医療券: マル乳・マル子・小児慢性・マル都・障・難病		訪問診療を受けたい理由・困っていること			
障害手帳【有・無】(種 級)		育児・介護で大切にしていることなど			
療育(愛の手帳)【有・無】 受給者証【有・無】					
現在使用している医療機器					
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開チューブ <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> その他					
感染症【無・有】 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> その他		生活状況(仕事・趣味・活動、介護状況、住環境等)			
アレルギー【無・有 → 】					
移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー 食事: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 その他ADL:					
家族 構成	続柄	氏名	年齢	同居	
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
赤羽在宅クリニックを知ったきっかけをお教えてください					
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> パンフレット					
<input type="checkbox"/> 友人から聞いた <input type="checkbox"/> その他()					

お名前:

週間スケジュール、関係機関について 可能な範囲でご記入ください。
定期訪問は月曜～金曜の午前9時半頃 ～ 午後16時の間でお伺い致します。

○週間スケジュール (年 月 現在) ※時間帯のご記入もお願いします。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
午前							
午後							

○関係機関 連絡先

	名称	担当者	職種	電話番号
医療機関				
医療機関				
医療機関				
相談支援 事業所				
保健所				
役所関係				
訪問看護				
訪問看護				
ヘルパー				
レスパイト				
訓練機関 (リハビリ)				
訓練機関 (リハビリ)				
学校・通所				

○今後のレスパイトや受診などお決まりの予定がございましたらご記入ください

【レスパイト又は入院】医療機関 月 日 ~ 月 日

【受診その他の予定】