



# 0968-62-0622

## 訪問診療申込書( 訪問診療・ 往診)

申込日 年 月 日

紹介元医療機関名					<input type="checkbox"/> 外来通院中 / <input type="checkbox"/> 入院(入居)中	
主治医			診療科			本人・家族の意思 <input type="checkbox"/> 希望あり・ <input type="checkbox"/> 希望なし
申込担当者のご所属・お名前					連絡先Tel	( )
患者氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> T・ <input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H 年 月 日( 歳)
連絡先住所・電話番号	〒			( )		
病名						
申込理由						
必要な医療内容	<input type="checkbox"/> 点滴・ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (PICC、CV、ポート) ・ <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃瘻・腸瘻) ・ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> ストマ管理・ <input type="checkbox"/> レスピレーター管理・ <input type="checkbox"/> 吸引・ <input type="checkbox"/> 吸入・ <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル・ <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置・ <input type="checkbox"/> 疼痛管理・ <input type="checkbox"/> PCA ポンプ・ <input type="checkbox"/> その他( )					
介護者・キーパソンについて	① 氏名(続柄)					
	<input type="checkbox"/> 同居 / <input type="checkbox"/> 別居(住所 ) Tel ( )					
介護者・キーパソンについて	② 氏名(続柄)					
	<input type="checkbox"/> 同居 / <input type="checkbox"/> 別居(住所 ) Tel ( )					
家族構成						
医療保険	<input type="checkbox"/> 1割 / <input type="checkbox"/> 3割		限度額申請	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		公費 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
介護保険	状況	<input type="checkbox"/> 未申請 / <input type="checkbox"/> 申請中 / <input type="checkbox"/> 申請済			被保険者番号	
	区分	要支援( <input type="checkbox"/> 要支援1・ <input type="checkbox"/> 2) / 要介護( <input type="checkbox"/> 要介護1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5)				
担当ケアマネジャー			事業所名 Tel等			
介護サービス	1. 導入済・訪看 ST名( ) 2. 検討中 3.その他					
伝えておきたい事						



医療法人成風舎  
**西原クリニック**  
Med. Corp. Seifusha Nishibaru Clinic

〒864-0053 熊本県荒尾市西原町1-4-24  
医療法人成風舎 西原クリニック Tel:0968-62-0622