

訪問診療申込書

たんぼぼクリニック宛

申込日 年 月 日

申込者氏名 _____

利用者様とのご関係()

ふりがな	男 女	明治・大正・昭和・平成	血液型
利用者氏名 様		年 月 日()歳	型
住所 〒 電話 - - FAX - -			
健康保険証 : 国保・後期・協会けんぽ・共済・生保・その他			
身体障害者手帳 : 有・無		福祉給付 : 有・無	
特定疾患医療給付 : 有・無			
介護保険 : 有・無			
要介護状態区分 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
認定有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日			
居宅介護支援事業所 居宅介護支援事業所届出 年 月 日			
病名			アレルギー : 無・有
既往歴 最終退院日 年 月 日			
内服薬			
病状(該当するものにチェック)			
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 倦怠感(だるい) <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 浮腫(むくみ) <input type="checkbox"/> 呼吸苦(息苦しい)			
現在使用している医療機器(該当するものにチェック)			
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 胃瘻チューブ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開チューブ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル			
感染症 : 無・有 (有りの場合は該当するものにチェック)			
<input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()			

家族構成	氏名	年齢	続柄	同居の有無	構成図 (例) 妻(花子) — 本人(太郎) — 長男(二郎) — 妻(梅子) 次男(次郎)	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
緊急連絡先	1氏名		続柄	Tel①	②	
	2氏名		続柄	Tel①	②	
	3氏名		続柄	Tel①	②	
主な介護者	氏名		続柄	年齢	健康状態 : 良・不良()	
	氏名		続柄	年齢	健康状態 : 良・不良()	
	氏名		続柄	年齢	健康状態 : 良・不良()	
かかりつけ医療機関		医療機関名		診療科	医師名	診察曜日
	1					
	2					
	3					
	4					
利用しているサービス		サービスの種類		曜日	時間	
伝えておきたいこと(宗教的なタブー、習慣など)						
訪問診療に関して担当医師から説明を受け、その実施に同意します。						
署名 _____						印 _____