

訪問診療申込書

申込日 年 月 日

申込者氏名

利用者との御関係

ふりがな	男	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成	血液型
利用者氏名	・	年 月 日 () 歳	型
様	女		
住所 〒 - 電話 () - FAX - -			
健康保険証： 国保・後期・社保・共済・生保・その他 ()			
身体障害者手帳：有・無	公費保険証：有・無	特定疾患医療証：有・無	
介護保険証：有・無			
要介護状態区分 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
居宅介護支援事業所（ケアマネージャー）担当者名 TEL			
事業所名と電話番号・利用されている時間帯をご記入ください。			
サービス	事業所名	TEL	曜日・時間帯
訪問看護			
デイサービス			
訪問入浴			
ヘルパー			
訪問リハビリ			
当てはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。			
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取（箸・スプーン）	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養
移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 歩行器・杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり
トイレ	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 訪問入浴
家族構成をご記入ください。主に介護をされている方の欄に○をつけてください。			
家 族 構 成	氏名	続柄	同居・別居
			別居の方は住所・TELを御記入ください
緊急連絡先			
1. 氏名	続柄	TEL	
	住所 〒		
2. 氏名	続柄	TEL	
	住所 〒		

利用者氏名	様	
主病名	入院中 ・ 外来通院	
かかりつけ医療機関名	診療科	担当医師名
必要な 医療内容（○をつけてください）		
・点滴 ・中心静脈栄養 ・他注射 ・経管栄養（胃瘻・腸瘻） ・ストマの管理 ・酸素療法 ・吸入・吸引 ・レスピレーター管理 ・気管切開 ・膀胱瘻 ・褥瘡処置 ・尿道留置カテーテル ・疼痛の管理 ・その他（ ）		
意思疎通	良好・困難	
ADL		
①移動： 自立・介助・寝たきり	②食事： 自立・介助	
③入浴： 自立・介助	④排泄： 自立・介助 おむつ・ポータブルの使用 有・無	
内服の残数		
これまでの経過		
連絡事項		