

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 〒		

