

新規訪問診療 お問い合わせ票

申込日 R

*分かる範囲で記載してください。太枠は必ず記入お願い致します。尚、記載の個人情報は往診の目的以外で使用いたしません。

(ふりがな)	
患者様氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日 (才)	
ご住所 Tel (施設名・部屋番号)	
ご家族・キーパーソン	名前 Tel ご関係()
	住所 〒
往診時連絡先	名前 Tel ご関係()
居宅介護支援 事業所	事業所名 担当ケアマネ
	Tel/Fax Mail
訪問看護	事業所名
医療保険の種類	国保・ 社保・ 生保・ 後期高齢者医療被保険者証 ・ (障)医療証 (有・無)
介護認定状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5) 申請中 区変中 未申請
負担割合	介護保険 医療保険
疾病及び症状	
既往歴及び家族歴	
現在の処方	
日常生活動作 生活状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 大声でないと聞こえない <input type="checkbox"/> 移動 (車椅子・歩行介助器・杖・要見守り) <input type="checkbox"/> 視力に障害がある <input type="checkbox"/> 加齢による筋力低下 <input type="checkbox"/> 認知症 (意思の疎通困難・情緒不安定) <input type="checkbox"/> (右・左)に半身麻痺がある <input type="checkbox"/> 医療器具を装着()
かかりつけ医	担当医 病院名 Tel
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーン Fr. <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻・経鼻行胃管 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> HOT L <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> PTCDチューブ <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> その他 ()
希望欄	
紹介元(折り返先)	担当者 (施設名) Tel