ごうホームクリニック　訪問診療申込書

保険証(医療・介護)の写しをFAXお願いします。
(公費等の医療証をお持ちの方は、一緒に添付)

申込日　令和　　年　　月　　日

ご相談者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様　続柄 ＿＿＿

ご所属 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先電話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○訪問診療ご依頼理由(複数回答可)

□定期通院困難　□ケアマネージャー・包括支援センター・役所からのお勧め　□その他(　　)

□お看取り希望　□緩和ケア希望　□精神科診療希望　□医療的ケア児診療希望

○当院をどこで知りましたか？

□紹介(　　)　□ホームページ　□パンフレット　□以前家族が利用した

□その他(　　)

患者様情報

フリガナ				性 別
患者様氏名				男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日　(　　歳)			
住所	〒　　－			
	駐車場所:無し・有り(場所:　　)			
電話番号	ご自宅		携帯	
療養環境	□自宅　□入院中　□施設(　　)			
病名	(診療情報提供書をお願いします)			
既往歴	なし・あり (　　)			
医療・介護上の問題点	なし・あり (　　)			
使用中の医療機器	なし・在宅酸素/人工呼吸器/胃瘻・経鼻胃管/気管切開チューブ/膀胱留置カテーテル/中心静脈栄養 その他			
健康保険	国保・後期・社保・共済・生保・その他	公費 あり・なし	心身障害医療証 あり・なし	
			特定疾患医療証 あり・なし	
介護認定	なし・要支援(1 ・2)・要介護(1 ・2 ・3 ・4 ・5)・申請中 ・区分変更中			
ご担当ケアマネジャー様 ご担当相談支援員様	事業所		電話:	
	担当者		FAX:	
訪問看護利用の有無	なし・あり (事業所名:　　)			
在宅サービス	受けていない　①訪問看護 ②デイサービス ③訪問入浴 ④訪問介護 ⑤その他(　　)			

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							

訪問診療希望曜日・時間帯	なし・あり (　　)			
ご本人・ご家族の希望伝えておきたいこと	なし・あり (　　)			
主介護者名	様	続柄	連絡先	
	同居 ・別居	(住所:〒　　－　　)		

クリニック使用欄	契約書	保険証	介護保険証	負担割合証	情報提供書	口座情報	処方内容