

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？ 緩和ケア希望

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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 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
----------	-----	-----	-------	-------	-------	------	------