

訪問診療申込書

申込日 年 月 日

申込者氏名

利用者さんとの御関係()

| | | | | | |
|--|--------|-------------|----------------|---------------|--------------|
| ふりがな | 男 女 | 大正・昭和・平成 | | | |
| 利用者氏名 | | 様 | 年 | 月 | 日(歳) |
| 住所 〒 | | | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | | | |
| 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 | | | 担当者名 | | |
| 家 族 構 成 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 同居の有無 | 構成図 |
| | | | | 有 無 | |
| | | | | 有 無 | |
| | | | | 有 無 | |
| 緊急連絡先 | | | | | |
| 1、氏名 | | 続柄 | 電話番号 | | |
| 住所 〒 | | | | | |
| 2、氏名 | | 続柄 | 電話番号 | | |
| かかりつけ医療機関名 | | 診療科 | 担当医師名 | | |
| 在宅療養に対する希望 | | | | | |
| 本人: | | | | | |
| 家族: | | | | | |
| 伝えておきたいこと、気になること、苦痛な症状等 | | | | | |
| 病名 | | | アレルギー : 無 有 | | |