

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 年 月 日(歳)		
利用者氏名					
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	
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		
感染症 : 有・無(ありの場合は該当するものに○)					
梅毒 HCV HBV MRSA その他()					