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	大正 ・ 昭和 ・ 平成
利用者氏名　　様	女	年　　月　　日(　　歳)

身長:　　cm　　体重:　　kg

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

	氏名	年齢	続柄	同居の有無	構成図
家族構成				有　無	
				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〇)

梅毒　HCV　HBV　MRSA　その他(　　)

2019/2/6 改定