**訪問診療申込書**

申込日　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日

**【利用者】**

フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　明・大・昭・平　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　歳　性別　男　・　女

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

同居家族　　あり　・　なし　　　ありの場合　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄

**【申込者またはキーパーソン】**

フリガナ

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　電話番号

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯番号

**【現在のかかりつけ医】**

病院・医院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科　主治医名

**【そのほか通院している診療科】**

病院・医院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科　主治医名

**【病名・経過・そのほか医師に伝えたいこと】　※診療情報提供書があれば記入不要**

□診療情報提供書　　あり　・　なし

**ADL　　□**寝たきり　　　□車いす（移乗：自力　・　介助）　　□杖歩行　　□　　自力歩行

**【必要な医療的ケア】**

**□点滴　□中心静脈栄養　□経管栄養（胃ろう・腸瘻）□酸素療法　□褥瘡処置　□吸引　□インスリン　□ストマ管理**

**□尿道留置カテーテル　□人工呼吸器　□疼痛管理　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**【保険情報】**

* **後期高齢者　（負担割合　　　　　　　割）　□国保　　　□社保　　　□生活保護　　　□福祉医療　　　□身体障碍**
* **難病　　　　　　□限度額認定証　　　　　　□介護保険　　あり　・　申請中　・　なし（未申請）**
* **介護度　　　要支援　１・２　　　要介護　１・２・３・４・５　　　　　□　介護負担割合証（負担割合　　　　　　　割）**

**【ケアマネージャー】**いる場合はご記入ください

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

【介護利用状況】

□訪問看護（事業所名：　　　　　　　　 曜日：　　　　　　） □デイサービス（事業所名：　　　　　　　　　　曜日：　　　　）

□訪問入浴（事業所名：　　　　　　　　　曜日：　　　　　　）□ショートステイ（事業所名：　　　　　　　　　　曜日：　　　　）

□訪問リハビリ（事業所名：　　　　　　　　　曜日：　　　　　　）□ヘルパー（事業所名：　　　　　　　　　　　曜日：　　　　）

**【ご要望その他】**

**●心肺停止時　：　□蘇生処置をおこなう　□蘇生処置を行わない　□わからない**

**●食思不振時の点滴について　：　□希望する　□希望なし　□わからない**

**●入院の希望　：　□希望あり　□希望なし　□わからない　●看取りの場合　：□在宅　□施設　□病院　□わからない**

|  |
| --- |
| **≪申し込み時に必要なもの≫　※FAXの場合は①、②と一緒にお送りください。**1. **診療情報提供書　　②　おくすり手帳または薬剤情報　　　③　訪問診療申込書**

**④　保険証、その他医療受給者証、介護保険証、介護負担割合証** |

ご不明点等ございましたら、ご連絡ください。　　**TEL027-388-0748　FAX027-388-0749**

****