

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 身体障害
 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と一緒に送ってください。

- 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



かもめ在宅診療所