

愛心ケアクリニック 訪問診療受付書

申込日

年

月

日

ご相談者 _____ 様

続柄 _____

折り返し連絡先 _____

フリガナ				自宅・入院中・施設:	性別
患者氏名				明・大・昭 年 月 日 (歳)	男・女
住所	〒 _____ 駐車場:無・有(場所 _____)				
電話番号	ご自宅		携帯		
1年以内の入院歴	病院名	入院期間			
病名	診療情報提供書(有・無・依頼中)				
必要な医療処置	尿道カテーテル・胃ろう・HOT・自己注射 点滴・ポート・CV・カフティポンプ・その他(_____)				
依頼内容					
介護認定	なし・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中・区分変更中				
既往歴					
通院中の医療機関					
利用中の薬局		連絡 済・未	訪問薬局の希望	あり・なし	薬局名 _____ 連絡 済・未
健康保険	国保・後期・社保・共済・生保・その他			公費 あり・なし	心身障害医療証 あり・なし
					特定疾患医療証 あり・なし
訪問看護・リハ	なし・あり 事業所名: _____ (曜日・時間)			指示書 作成時期	
その他サービス	なし・あり 事業所名: _____ (曜日・時間)				
ケアマネジャー	事業所		電話:	その他	
	担当者		FAX:		
主介護者様	様 続柄: _____			同居・別居	連絡先
	住所	〒 _____			(家族構成)KP:
家族背景 介護、経済状況	(ADL) 移動: _____ 食事: _____ 排泄: _____				
請求書送付先 (主介護者様と同一の場合 は記入不要)	様 続柄: _____			同居・別居	連絡先
	住所	〒 _____			

契約書	保険証	介護保険証	負担割合証	口座	情報提供書	処方内容(薬局)	契約希望日	初診希望日	緊急	ケアマネ連絡	訪看連絡