

訪問診療申し込み用紙

増田クリニック在宅医療部 (TEL:03-3885-6873 / FAX:03-3885-7017)

フリガナ 患者氏名	様	生年月日 年齢・性別	M・T・S・H 年 月 日 歳 (男・女)	
住所 持ち家・借家・都住・公団 階建て 階 (EV あり・なし)	TEL FAX			
家族構成 独居 日中独居 同居 高齢2人暮らし ペット あり なし (犬 猫 その他:) <Family Map>	家族構成	氏名	続柄	連絡先
食事形態	自立 一部介助 全介助 IVH ※1 経鼻 胃瘻 腸瘻 ※2	医療保険	国保 社保 その他 () 前期 後期 減額証	
排泄状況	自立 尿便器 Pトイレ オムツ 尿カテ 腎瘻 膀胱瘻 ストマ ※3	助成制度	重度身障 特定疾患 原爆 その他 ()	
		負担割合	なし 1割 3割 一部負担	
移動手段	独歩 一部介助 不可 W/C 杖 歩行器 シルバーカー	介護保険	無 有 介護度 ()	
			事業所 ()	
			電話番号 ()	
保清	自立 一部介助 全介助 清拭 シャワー浴 創傷処置 ドレーン等 ※4		担当CM ()	
コミュニケーション	問題なし 一部可 不可 言語障害 聴覚障害 視力障害	利用希望	訪問看護 訪問介護 訪問リハ 通所リハ 通所介護 サービス 訪問入浴 福祉用具 住宅改修 その他 ()	
※1	使用薬剤 ()		ポート () ポンプ ()	
※2	メーカー () サイズ (Fr.) シャフト長 (cm)			
※3	最終交換日 (年 月 日) サイズ (Fr.)			
※4	部位 () 使用薬剤 () ドレーン種類 () カニューレ等 () サイズ () HOT () 流量 (l/min.) 携帯ポンペ 呼吸同調器			
入・通院歴	病院 ・ 医院 ・ クリニック ・ 診療所 担当医: 科 先生	入院日	月 日	退院日 月 日 時発
既往歴/現病歴				
ご依頼元	御担当 様 TEL/FAX /			
希望診療科	外科 ・ 内科 ・ 整形外科 ・ 皮膚科 ・ リハビリテーション科 ・ 泌尿器科 ・ ペインクリニック 脳神経外科 ・ 呼吸器内科 ・ 総合診療科 ・ 神経内科 ・ 血管外科 ・ 循環器内科 ・ 小児外科			
都合の悪い曜日	月 火 水 木 金 土 日 理由 ()			

事務記入欄

往診依頼日	平成 年 月 日 ()	受付担当者:	
初回往診日	平成 年 月 日 ()	支払い方法 (NICOS・現金集金・銀行振込 (手数料患者負担))	
医療費説明 (済:概算)	()	老人医療費減額証申請の説明 (済)	居宅療養管理指導料説明 (済)
緊急時対応について (済)	()	薬配達希望 (有・無)	介護保険申請・訪問調査確認 (済)
訪問看護ステーション利用希望 (有・無)	()	訪問看護指示書確認 (済)	