



# 成田病院 訪問診療申込用紙

申込日 西暦 20 年 月 日

在宅での診療をご希望される方は、利用される患者様の情報についてご記入ください。  
その情報によって、訪問診療が可能かを検討し、一週間以内にご連絡させていただきます。

ふりがな

1. 患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男性 ・ 女性 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 歳

〒

住所 \_\_\_\_\_

ふりがな

2. 申し込み者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

同居 ・ 別居 ・ 同敷地内別棟 ・ 独居

3. 申し込み者の連絡先 ・ 住所

連絡先：携帯 \_\_\_\_\_ 自宅 \_\_\_\_\_

〒

住 所： \_\_\_\_\_

4. 担当ケアマネジャー 無 ・ 有

担当ケアマネジャーの氏名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_ / 連絡先 \_\_\_\_\_

以下は、患者様の事についてお伺いいたします。

該当する所に○をご記入いただくか、わかる範囲でご記述下さい。

1. 訪問診療をご希望される理由：

- ・ 独居で、通院が困難。
- ・ 寝たきり状態で通院が困難
- ・ 床ずれや各種チューブ類の管理が必要
- ・ その他

[ \_\_\_\_\_ ]

2. 介護保険の申請 : 済んでいる ・ 済んでいない ・ 申請中 ・ 該当しない

介護保険申請済の方へ 要介護認定 要支援 1 ・ 2

要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

3. 病名 \_\_\_\_\_

症状・障害 \_\_\_\_\_

かかりつけ医 \_\_\_\_\_ / 担当医師名 \_\_\_\_\_

飲んでいるお薬 \_\_\_\_\_

※処方せんもしくはお薬手帳のコピーでも構いません。

4. 病気の経過(わかる範囲で簡単にご記述下さい。)

( )

5. 同居されているご家族(同敷地内別棟の方もご記入ください)

ご家族の状況(介護力の問題など)

( )

6. 現在受けられているサービス： 無 ・ 有

有と回答された方へ 受けられているサービスに○をつけ、その横に受けられている曜日と時間帯に○をつけて下さい。

	月		火		水		木		金		土		日	
訪問看護	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
訪問介護	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
訪問入浴	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
訪問リハビリ	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
デイサービス	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
通所リハビリ	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後

7. 現在受けられている医療処置： 無 ・ 有

有と回答された方へ 受けられている医療処置に○をつけて下さい。

高カロリー点滴 ・ 経管栄養 ・ 胃瘻チューブ

尿道カテーテル ・ 自己導尿 ・ 人工肛門 ・ 膀胱瘻 ・ 腎瘻

ネブライザー ・ 喀痰吸引 ・ 在宅酸素( ) ・ 気管切開 ・ 人工呼吸器

インシュリン注射 ・ 褥瘡処置 ・ 人工透析 ・ ペースメーカー

8. その他ご心配なこと、お困りのこと、ご質問したいことなどがありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。一週間以内にご連絡いたします。

