

診察申込書

わかる範囲でお書きください。
※ 医療保険証等、介護保険証・介護負担割合証の写しも
FAXが可能でしたらお願い致します。

<送信元>

TEL : () -

<ご担当者名>

受付日付	令和 年 月 日
フリガナ 患者氏名	性別 男 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)
往診先住所	〒
	電話番号() -
	建物名: 携帯電話() -
キーパーソン	氏名 (続柄)
	〒 電話番号() -
	携帯電話() -

<医療>

<介護>介護保険者証(有・無・申請中・区変中)

保険者番号		保険者番号	
被保険者証の記号	番号	番号	
被保険者との続柄	本人・家族	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
負担割合(老人)	1割・2割・3割	介護状態区分	要支援(1・2)要介護(1・2・3・4・5)
公費	障害・特定疾患・生保・他()	居宅介護事業所	
生活保護	福祉事務所:	電話番号	() -
	担当者名:	ケアマネージャー	

主病名等 ()

現在のかかりつけ医(有・無) (病院・クリニック)通院中・入院中 医師名()

診察情報提供書 (有・無) 薬剤情報(有・無)

告知 (有・無) 予後 (ケ月)

医療機器 HOT・CV・経管栄養(経鼻・PEG・経腸)・Ba・ストーマ・気管切開・呼吸器・自己注

ADL

食事 (自立・見守り・一部介助・全介助)	排泄 (自立・見守り・一部介助・全介助)
歩行 (自立・見守り・一部介助・全介助)	入浴 (自立・見守り・一部介助・全介助)
認知症(有・無)	

訪問看護ステーション(有・無) (ステーション名:)

デイサービス (有・無) (曜日:月・火・水・木・金・土・日 場所:)

訪問入浴 (有・無) (曜日:月・火・水・木・金・土・日 時間:)

訪問先の駐車場 (有・無)