

訪問診療申込書

こちらの申込書をご記入の上、FAX送信ください。受付後ご連絡致します。

FAX : 03-5923-6268

申込者：	連絡先：
事業所名：	
(フリガナ)	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者様氏名：	生年月日：
	電話番号：
ご住所：	
家族構成 (同居／別含む)	キーパーソンについて
	氏名： 続柄 ()
	電話番号：
主病名・既往歴：	
これまでの経過 (わかる範囲で大丈夫です)	
ADL： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ベッド上	
食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
コミュニケーション： <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
ケアマネ事業所名	担当者：
	電話番号：
訪問看護ステーション	曜日：
なし ・ あり (事業所：) 週何回：
その他のサービス利用：	
介護認定： 申請中 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
生活保護 有 ・ 無 障害者手帳 有 ・ 無 難病受給者証 有 ・ 無	
その他に何かございましたらご記載ください	
療養の方針：	<input type="checkbox"/> 最期までご自宅で過ごしたい (自宅でできる医療は行う)
	<input type="checkbox"/> 何かあったら入院 <input type="checkbox"/> 医師等と相談の上決定

とうみょう内科クリニック

〒177-0035 東京都練馬区南田中1-13-13 プレミールコート1F

TEL : 080-4383-7655 (訪問診療直通)