

新規患者訪問診療申込書

のぞみクリニック 宛

FAX 086-221-2357

申込日 平成 年 月 日

■ 依頼者様情報

| | | | |
|-----|---------------------|--|-----|
| 氏名 | 医療機関・居宅・訪看・その他 事業所名 | | |
| TEL | | | FAX |

■ 患者様情報

| | | | | | |
|-----------------------|---|-------------|------------|-------|---------|
| 患者氏名 | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | 年齢 歳 |
| 住所 | | | | | TEL |
| 主病名 | ※がんの場合は告知の 有 ・ 無 | | | | |
| 既往歴・経過 | | | | | |
| ADL | 全介助 ・ 一部介助 | | | | |
| 要介護度 | 未申請 ・ 申請中 ・ 要支援 1 2 要介護 1・2・3・4・5 区分変更中 | | | | |
| 同居者 | 有 ・ 無 | ※患者との関係 () | | | TEL |
| 介護者 | 有 ・ 無 | ※患者との関係 () | | | TEL |
| 介護保険情報 | 被保険者番号 | | | 保険者番号 | |
| 保険情報 | 国保 ・ 社保本人 ・ 社保家族 ・ 後期高齢者 ・ その他 () | | | | |
| | 被保険者番号 | | | 保険者番号 | |
| 生活保護 | 受給 有 ・ 無 | | | | |
| 主治医氏名 | | | | 病院名 | |
| 主治医からの紹介状 有 ・ 無 ・ 手配中 | | | | | |
| 退院日 | 月 | 日 | 退院前カンファレンス | | 月 日 ※場所 |

■ ケアマネージャー情報

| | | |
|------------|------|-----|
| 居宅介護支援事業所名 | 担当者名 | TEL |
|------------|------|-----|

■ 介護サービス利用状況

| | | |
|-------------|------|---------------------|
| 訪問看護 | 事業所名 | 回/週 (月・火・水・木・金・土・日) |
| 訪問介護 | 事業所名 | 回/週 (月・火・水・木・金・土・日) |
| 訪問入浴 | 事業所名 | 回/週 (月・火・水・木・金・土・日) |
| デイサービス・デイケア | 事業所名 | 回/週 (月・火・水・木・金・土・日) |
| その他 () | 事業所名 | 回/週 (月・火・水・木・金・土・日) |