

## 訪問診療申込書

申 込 日	年 月 日	<お申込者様>		
フリガナ		氏名		
氏 名		事業者名		
		TEL/FAX		
生年月日	年 月 日 ( 歳)	性別	男・女	
住 所	〒 (同居・独居)			
電話番号	自宅：	携帯：		
キーパーソン ご連絡先	氏名			続柄
	住所			
	電話番号	自宅：	携帯	
病 歴 (時期・病 名・病院名) *資料添付可				
使用中のお薬 *資料添付可				
医療処置	・IVH/輸液ポンプ ・CAD/PCAポンプ ・ポート ・尿道カテーテル ・ストマ ・在宅酸素 ・呼吸器 ・気管切開 ・褥瘡 ・インスリン ・輸液ポンプ ・その他 ( )			
介護認定	未申請・申請中・要支援1・2/要介護1・2・3・4・5 負担割合：1割・2割・3割			
ケアマネージャ	事業所名			担当者名
	電話番号			FAX
介護サービス 利用状況	①訪問看護(事業所： ) ②デイサービス(事業所： ) ③訪問介護(事業所： ) ④訪問入浴(事業所： ) ⑤その他 ( )			
①～⑤の 週間予定を 記入下さい	月 火 水 木 金 土 日			
ADL	・食事(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) ・排泄(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)			
備 考				

\*可能な範囲で上記項目ご記載ください。

\*その他、基本情報や診療情報提供書など情報がございましたら添付いただけますと幸いです。

\*確認後、当院職員より連絡させていただきます。お急ぎの場合は送信後、電話をお願い致します。

かえでクリニック

〒062-0903 札幌市豊平区豊平3条12丁目1-40クラリス豊平Ⅲ101

TEL：070-8472-7219

FAX：011-376-5920