コンゼザイタク

訪 問 診 療 申 込 書

申 込 日	年 月 日		《お申込み者》		
フ リ ガ ナ			氏 名		
利 用 者 氏 名			事 業 者 名		
			電 話 番 号		
生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日（ 歳）			性別	男 ・ 女
住 所	〒				
電 話 番 号					
ご連絡先 キーパーソン	氏 名		続 柄		
	住 所	〒			
	電話番号				
家 族 構 成					
病 名					
既 往 歴					
経 過					
かかりつけ医	病 院 名				
	担 当 医		診療情報提供書	あり・なし・これから	
かかりつけ薬局			残 薬	あり（ 日分）・不明	
医療保険情報	□後期（1割・2割・3割） □国保 □社保 □その他（ ）				
公 費 情 報	□生活保護 □難病 □障害者 □その他（ ）				
療 養 状 況	在宅・施設・入院（ ）退院予定日： 月 日				
医 療 処 置					
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・2・3割				
ケアマネージャ	事業者名		担当者名		
	電 話		FAX		
介護サービス 利 用 状 況	□訪問看護（事業所： ）□デイサービス（事業所： ） □ヘルパー（事業所： ）□訪問入浴（事業所： ） □その他（ ）				
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）				
開 始 時 期	月 日ごろ □急ぐ □急がない				
備 考					

こんぜ在宅クリニック FAX:077-596-5563