

訪問診療申込書

柳診療所行 FAX 075-351-0101

申込日 年 月 日記入

申込者	【病院/事業所】	【お名前】	【連絡先】
------------	----------	-------	-------

患者様について

【ふりがな】		【性別】	男 ・ 女
【お名前】		【生年月日】	
		<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 昭和	(歳)
【訪問先住所】	〒 -		
【電話番号】	自宅 ()	携帯	()
訪問診療を希望された理由			
治療中のご病気			
必要・特別な処置等			
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		： 病院 / 科名 病院 科
かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		： 薬局名
寝たきり度 (該当するものに☑)			
<input type="checkbox"/> 自立			
<input type="checkbox"/> J一部自立 何らかの障害者を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。			
<input type="checkbox"/> A準寝たきり 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。			
<input type="checkbox"/> B寝たきりⅠ 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。			
<input type="checkbox"/> C寝たきりⅡ 一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。			
日常生活活動の状況 (該当するものに☑) 利き手： <input type="checkbox"/> 右、 <input type="checkbox"/> 左 身長： cm、 体重： kg			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	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	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
着替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
認知症老人の日常生活自立度 (該当するものに☑)			
<input type="checkbox"/> 自立			
<input type="checkbox"/> I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。			
<input type="checkbox"/> II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。			
<input type="checkbox"/> III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。			
<input type="checkbox"/> IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。			
<input type="checkbox"/> M 著しい精神状態や問題行動あるいは、危篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。			
介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中 <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)		

※ご準備いただくもの

- ・ 保険証の写し (重症老人健康管理事業対象者証等も含む)
- ・ 介護保険証・介護保険負担割合証の写し
- ・ かかりつけ医からの診療情報提供書 (通院続ける場合も含む)
- ・ 可能であれば今までの生活歴などの診療する上で参考になるもの

