

# セツルメント診療所 訪問診療 申込書

問い合わせ受付日 年 月 日

受付者

申込者	
連絡先	

ふりがな				明治・大正・昭和・平成
氏名				年 月 日生( 歳)
訪問先 現住所	自宅 TEL : ( )			
家族構成	(★同居・日中独居・独居) 主介護者: 続柄( ) 住所: 連絡先: (直電可・不可)			男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="radio"/> 本人 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> 死亡 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> (KP)
かかりつけ医	【病院名】 ・ 科【主治医】 ・ 科【主治医】 / かかりつけなし ・ 科【主治医】 ★今後、継続して現在の病院に通院または訪問診療の予定はありますか？(継続・一部継続・完全移行)			
傷病名	#1 _____	#6 _____	#2 _____	#7 _____
	#3 _____	#8 _____	#4 _____	#9 _____
	#5 _____	#10 _____		
保険証種類	国保 / 社保 / 後期高齢 / 生保 / 難病 / 障害 / 公害 / 精神 / その他			
介護保険証	要介護度	未申請 / 申請中 / 自立	被保険者番号	年月日～年月日
		要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5	有効期限	( 年 月 日 認定)
関係機関	居宅介護支援事業所： ケアマネージャー： 連絡先： ( )			
	訪問看護ステーション： (担当： ) 連絡先： ( )			
	福祉事務所： (担当： 係 / ) 連絡先： ( )			
	保健所： (担当： ) 連絡先： ( )			
	その他： (担当： ) 連絡先： ( )			
利用サービス状況	訪問介護 (曜日： 時間： ) ショートステイ (月に 日程度) (曜日： 時間： ) 福祉用具 (あり・なし) 訪問看護 (曜日： 時間： ) 訪問リハビリ (曜日： 時間： ) (曜日： 時間： ) (曜日： 時間： ) 通所介護 (曜日： 時間： ) 訪問入浴 (曜日： 時間： ) (曜日： 時間： ) (曜日： 時間： ) その他 ( )			
質問事項	★いつから訪問診療を希望しますか？(すぐにでも・今月中・来月から・それ以降【 月頃～】) ★初回面談希望日 or 曜日・時間(いつでも可・指定あり→ ) ★初回面談時、来院可能者【可能な方すべてにマルを】(本人・家族・ケアマネ・その他[ ]) ★今回、訪問診療を申し込まれた理由を簡潔に記載をお願いします。(分かる範囲で) [ ]			

