

訪問診療申込書

申込日 年 月 日
 申込者氏名
 利用者さんとの関係()

1. 当院では訪問診療の開始前に下記の内容についてご記入をお願いしております。
2. 健康・介護保険証、障害者手帳、医療券の記載に関してはコピーを FAX 頂いても結構です。
3. 訪問診療の開始前に事前相談を行っております。
お申し込み後、当院より申込者様に折り返しご連絡いたします。

ふりがな		男 女	大正・昭和・平成			
利用者指名						
住所 〒						
電話番号			FAX 番号			
健康保険証 : 国保・後期・社保・共済・生保・その他()						
身体障害者手帳 : 有・無		医療券 : 有・無				
等級 :		名称 :				
介護保険証 : 有・無・申請中						
要介護状態区分 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5						
介護負担割合 : 割						
居宅介護支援事業所名(ケアマネジャー) :						
担当者名 :			TEL :			
事業所名と電話番号をご記入ください。						
① 訪問看護ステーション :		TEL :				
② デイサービス :		TEL :				
③ 訪問入浴 :		TEL :				
④ ヘルパー :		TEL :				
⑤ 訪問リハビリ :		TEL :				
①～⑤のサービスで現在行っているものの予定を下記にご記入ください。 ※ケアマネジャー作成の「週間サービス計画表」がございましたら、FAX 頂いても結構です。						
	月	火	水	木	金	土
AM						
PM						

駒込かせだクリニック

