

新規患者往診申込票

訪問診療をご希望される方へ

- ・わかる範囲で結構ですので、ご記入をお願いいたします。当院は基本的に事前面談行っていません。
- ・訪問診療は、基本的には定期的に月2回の訪問診療と365日24時間の医師緊急対応になります。
- ・訪問診療日につきましては、医療保険の負担割合が1割の方で月7000円前後です。
- ・緊急往診の場合は昼間・深夜などの時間帯によって金額が異なります。

-----  
(ふりがな)

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 性別：男 ・ 女 \_\_\_\_\_

患者様住所 \_\_\_\_\_ 連絡先： \_\_\_\_\_

主たる介護者（キーパーソン）

氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_ 連絡先： \_\_\_\_\_

保険情報 国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者 ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

要介護度 未申請 申請中 要支援1・2 要介護度1・2・3・4・5

※介護認定有の方

居宅事業所： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

ケアマネージャー氏名： \_\_\_\_\_

※現在利用中のサービス

- |                                 |            |                     |
|---------------------------------|------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 訪問看護   | 事業所名 _____ | 回/週 (月・火・水・木・金・土・日) |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護   | 事業所名 _____ | 回/週 (月・火・水・木・金・土・日) |
| <input type="checkbox"/> 訪問入浴   | 事業所名 _____ | 回/週 (月・火・水・木・金・土・日) |
| <input type="checkbox"/> 通所サービス | 事業所名 _____ | 回/週 (月・火・水・木・金・土・日) |

ご病気・ご病状について

現在通院している病院名： \_\_\_\_\_

現在治療を受けている病名： \_\_\_\_\_

薬について： 処方を受けている（何日分ありますか？ \_\_\_\_\_ 日頃まで） ・ 処方を受けていない

アレルギー： 無 ・ 有（ \_\_\_\_\_ ）

生活動作について

- 移動： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 （ 歩行器 ・ 車椅子 ・ ベッド上 ）
- 食事： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 （ \_\_\_\_\_ ）
- 排泄： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 （ \_\_\_\_\_ ）
- 入浴： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 （ \_\_\_\_\_ ）
- 認知症： なし ・ 軽度 ・ 重度

その他気になること

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_