

新規患者往診申込票

- ・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は行っていません
- ・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。

(ふりがな)

患者様氏名 _____ 年齢： _____ 性別：男 ・ 女 _____
 患者様住所 _____ 連絡先： _____
 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： _____ 連絡先： _____
 ケアマネージャー氏名： _____

- 主病名
- 既往歴・経過等

● 癌の場合

病名の告知 本人：あり・なし 家族：あり・なし
 余命の告知 本人：あり・なし 家族：あり・なし
 緩和面談 済 ・ 未 ・ 予定 (_____)

● 医療行為について (該当するものに○をお願いいたします)

経管栄養 / IVH / 気管カニューレ / 人工呼吸器 / 在宅酸素 / 吸引 / 膀胱留置カテーテル / 自己導尿 / 自己注射
 その他 (_____)

● ADL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
 アレルギー：無・有 (_____)

- 訪問診療の料金について説明 (1割負担で約7000円/月)： 未 ・ 済
- 退院時期： 未 ・ 予定 (_____ 時ごろ)



〒815-0083 福岡市南区高宮 3-2-20

TEL : 092-710-1300 FAX : 092-710-1301