

訪問診療申込書



ito clinic

いとうクリニック

申込年月日	平成 年 月 日		
申込者氏名		本人との続柄	
連絡先	自宅・携帯電話	-	-

フリガナ		性別	生年月日			
患者さま氏名		男・女	明治・大正・昭和	年	月	日 (歳)
住所	〒			TEL	-	-
				FAX	-	-
保険証の種類	後期高齢者・国保・社保・生保・公費 ()					
介護保険	未申請 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)					
	担当ケアマネージャー		連絡先			

病名及び既往歴									
かかりつけ医	医療機関名	紹介状 (有り・無し)							
	担当医師名								
現在利用中のサービス	① 訪看		月	火	水	木	金	土	日
	② デイ								
	③ 訪問入浴	AM							
	④ ヘルパー	PM							
	⑤ 訪リハ								
現在受けている医療行為	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル設置 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 胃瘻造設 <input type="checkbox"/> ストーマ設置 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開後の処置 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 中心静脈注射 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> インシュリン療法 <input type="checkbox"/> その他 ()								
利用に際してのご要望									
その他									



いとうクリニック

ito clinic

〒629-2261 京都府与謝郡与謝野町字男山140-8

Tel. 0772-46-3553

Fax. 0772-46-3552