

訪問診療相談・申込書

訪問診療についてご相談されたい方、あるいは訪問診療をお申し込みになりたい方には、院内での診療態勢やスケジュールの調整のため、あらかじめ以下の事項についてお知らせいただいております。

記入日 平成 年 月 日

相談者(連絡をくれた方) 氏名	様
患者さんとの関係	ご本人・ご家族()・ケアマネ・訪問看護・その他()
所属および連絡先電話番号	TEL ()

ふりがな 患者氏名	様	性別 男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	歳
住所 (訪問先)		電話番号 ()

キーパーソン	様	患者さんとの関係
--------	---	----------

介護保険	未申請・非該当・要支援()・要介護()
介護環境および 利用している 介護サービス	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者の介護 <input type="checkbox"/> その他家族の介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ(頻度:) <input type="checkbox"/> その他()
施設入所	<input type="checkbox"/> 申請済(入居の順番待ち) <input type="checkbox"/> 入所を検討中 <input type="checkbox"/> 在宅を希望

現在通院している医療機関	<input type="checkbox"/> 転医希望 <input type="checkbox"/> 併診希望
--------------	---

主病名および状況・医療機器など	* 医療機関からの紹介状があれば添付して下さい。
-----------------	--------------------------

在宅療養における問題点

訪問看護の導入	<input type="checkbox"/> すでに導入している <input type="checkbox"/> 導入を希望する <input type="checkbox"/> 特に希望しない
---------	--

訪問の日時に関してのご要望

その他特記事項
