

医療法人社団 元気会 忠和クリニック 訪問診療受付票



TEL 011-788-4755

FAX 011-788-4756

申し込み日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|-----------|---|--|--------|------|------------------|
| ふりがな | | | | 男 | 生年月日 |
| 氏名 | | | | 女 | M・T 年 月 日 S・H |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | | | 携帯電話番号 | | |
| 入居(予定)施設名 | | | | 部屋番号 | |

患者様の状態(あてはまる項目に○をつけて下さい)

※寝たきり度・認知度は主治医意見書による判定結果を記載願います。
要介護2以下の方は必須・現段階で不明の場合取り寄せ後に連絡下さい

| | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----------|-----------|-----|---------|-------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| 歩行状態 | 自立歩行 | 介助すれば歩行可能 | 車いす | ストレッチャー | 寝たきり度 | J1 | J2 | A1 | A2 | B1 | B2 | C1 | C2 |
| 認知症 | 有 ・ 無 | | | | 認知度 | I | Ⅱa | Ⅱb | Ⅲa | Ⅲb | IV | M | |
| 感染症 | 有()・無・未検 | | | | 体内金属 | 有()・無・不明 | | | | | | | |

※ お手持ちの保険証に○をつけて、コピーの添付をお願いします。

1. 国保 ・ 社保(割) 2. 介護保険証 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 (割)
 3. 後期高齢者医療(1割・2割・3割) 4. 重度心身障害者医療受給者証 老初 ・ 老課 ・ 障初 ・ 障課
 5. 特定疾患医療受給者証 (病名: /臨床調査個人票作成病院名:)
 6. 生活保護(担当区: 区/担当ケースワーカー: 様)
 ※ 住所変更予定 有 ・ 無 ※ 区分変更予定 有 ・ 無

| | |
|----------|------------|
| 居宅介護事業所名 | 担当ケアマネージャー |
| Tel: | |

■利用中のサービス(該当の曜日・時間に数字を記入ください) ※訪問スケジュールの参考にします

| | | | | | | | | |
|--|----|---|---|---|---|---|---|---|
| ①訪問看護 ②外部デイ ③内部デイ ④訪問入浴 ⑤ヘルパー ⑥訪問リハ ⑦訪問鍼灸・マッサージ ⑧その他 | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| サービス利用 なし | 午前 | | | | | | | |
| サービス調整中 | 午後 | | | | | | | |

■事業所名 (①訪問看護 ・ ⑥訪問リハ ・ ⑦訪問鍼灸・マッサージ)

| | | |
|-----|------|------|
| 番号: | 事業所名 | Tel: |
| 番号: | 事業所名 | Tel: |

■継続予定の他科受診

| | | | | |
|-----|-----|------|--------|----|
| 病院名 | 診療科 | 次回予定 | 処方 | 頻度 |
| | | | 有 ・ 当院 | |
| | | | 有 ・ 当院 | |

備考

■持参薬 / まで

■連絡先(ご家族様連絡先)契約書/請求書ご郵送先 ※連絡先と郵送先が異なる場合は備考欄へご記入ください

| | | | | |
|------|--|--|--------|----|
| ふりがな | | | | 続柄 |
| 氏名 | | | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 電話番号 | | | 携帯電話番号 | |
| 支払方法 | 銀行引き落としの手続きをお願いしております。(手続きが完了してからの徴収になります) | | | |

* 診療情報提供書・お薬の情報・フェイスシート・ケアプランなどもございましたらコピーの添付をお願いします。