

診療新規申込書

令和 年 月 日

氏名 方子	生年月日	年 月 日	年令	歳
	性別 男・女 介護度 支・介(1・2・3・4・5)			
住所 入院中・自宅・施設入居 〒	TEL			
	駐車スペース 有・無(場所⇒)			
医療保険証 種別() 未・済み	介護保険証 介護認定 有・無 申請中 未・済み			
紹介元 お名前 TEL	依頼経緯 〔CM・訪看・主治医〕の勧め 〔本人・家族〕の希望			
ケアマネージャー 事業所 TEL FAX	訪問看護 利用中・利用していない・導入調整中 施設名 TEL FAX			
現在の病院		科		先生
退院予定日 (入院中の場合)		月 日 頃	(未定の場合) 頃	
お薬	残薬 ()日分	ご自身・配達希望	一包化・粉碎	不明
主病名				
経緯・状況				
ご家族・キーパーソン				
お名前 (続柄)				
住所 〒				
ご請求先 ご本人 キーパーソン				
ADL <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子(移乗 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> その他()				
状況 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(CV・ポート) <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 酸素				
現在のサービス ①訪看②デイ③訪問入浴④ヘルパー⑤訪リハ			定期・他科受診等	
	月	火	水	木
	金	土	日	
AM				
PM				
備考				

在宅療養支援診療所 **まつおクリニック**

TEL 092-833-0333

FAX 092-833-0334