

ときわ診療所 在宅訪問診療 申込書

医院名：特別養護老人ホーム ときわ診療所

申込日 令和 年 月 日

申込者(ご家族様等)氏名 ( )

患者様との続柄 ( )

ふりがな		性別		M・T・S・H
患者様氏名		男・女	生年月日	年 月 日
身長：	cm	体重：	kg	
住所	〒 -			
電話番号		FAX		

健康保険証： 国保 ・ 後期 ・ 社保 ・ 共済 ・ 生保 ・ その他 ( )

身体障害者手帳： 有 ・ 無      公費保険証： 有 ・ 無      特定疾患医療者証： 有 ・ 無

介護保険証： 有 ・ 無

要介護状態区分： 要支援 1 ・ 2      要介護 1    2    3    4    5

認定有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日

居宅介護支援事業所 担当者名

家族構成  独居     同居者あり ( 人暮らし)

緊急連絡先

1：氏名	続柄	電話番号
2：氏名	続柄	電話番号

かかりつけ医療機関名	診療科	担当医師	医療機関 電話番号

在宅療養に対するご希望・伝えておきたい事

ご本人			
ご家族			
病名			
サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <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"/> 施設入所 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	往診病院 の有無	