訪問診療申込書

記載日　　年　　月　　日

こだま在宅内科緩和ケアクリニック行き(Fax:011-214-9570)

<table>
<tr><td colspan="2">紹介元医療機関名:</td><td colspan="3">外来通院中 / 入院(入居)中</td></tr>
<tr><td>主治医:</td><td>診療科:</td><td colspan="3">本人、家族の意思:希望あり/希望なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">申込担当者の
ご所属・お名前:</td><td>連絡先 Tel
連絡先 Fax</td><td colspan="2">(　　)　　-
(　　)　　-</td></tr>
<tr><td colspan="2">患者氏名:　　男・女</td><td colspan="3">生年月日　　年　　月　　日(　　歳)</td></tr>
<tr><td colspan="5">自宅住所:〒
Tel:(　　)　　-</td></tr>
<tr><td>病名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>申込理由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>必要な
医療内容</td><td colspan="4">・点滴 ・中心静脈栄養(PICC、CV、ポート)・経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻)・酸素療法
・ストマ管理 ・レスピレーター管理 ・吸引 ・吸入 ・尿道留置カテーテル ・膀胱瘻
・褥瘡処置 ・疼痛管理 ・PCA ポンプ ・その他(　　)</td></tr>
<tr><td>介護者・
キーパーソンについて</td><td colspan="4">① 氏名(続柄)　　住所　　Tel:(　　)　　-
② 氏名(続柄)　　住所　　Tel:(　　)　　-</td></tr>
<tr><td>家族構成</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">介護保険</td><td>未申請 / 申請中 / 申請済</td><td colspan="3">区分:要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)</td></tr>
<tr><td colspan="4">保険者番号:　　被保険者番号:
認定有効期間:平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>介護
サービス</td><td colspan="4">1. 導入済・訪看 ST:　　2. 検討中
・その他(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="5">在宅担当介護支援専門員:　　事業所名　　Tel:(　　)　　-</td></tr>
<tr><td rowspan="2">主保険</td><td colspan="3">保険者番号:</td><td colspan="2">1. 本人　2. 家族</td></tr>
<tr><td colspan="2">記号:</td><td colspan="2">番号:</td></tr>
<tr><td>併用保険</td><td colspan="2">保険者番号:</td><td colspan="2">受給者番号:</td></tr>
</table>

〒065-0023　札幌市東区北 23 条東 6 丁目3番18-2号
こだま在宅内科緩和ケアクリニック　Tel：011-214-9560