

訪問診療 新規申込書

FAX送信先:087-864-3108(敬二郎クリニック)

申込日:令和 年 月 日

氏名	(ふりがな)				性別		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成				
					<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		年 月 日 (歳)				
住所	〒						連絡先 本人・KP等					
	<input type="checkbox"/> 独居		<input type="checkbox"/> 同居 → <input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫		<input type="checkbox"/> その他:					
医療保険	<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 後期	<input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 身障	<input type="checkbox"/> 労災					
要介護度	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 要支1		<input type="checkbox"/> 要支2				
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2				
CM	事業所名				担当者					連絡先		
訪看利用状況	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 →		事業所名					連絡先			
傷病名	①				②				③			
在宅医療への意向・希望	本人	<input type="checkbox"/> 在宅医療希望あり			<input type="checkbox"/> 在宅医療希望なし			<input type="checkbox"/> その他()				
	家族	<input type="checkbox"/> 在宅医療希望あり			<input type="checkbox"/> 在宅医療希望なし			<input type="checkbox"/> その他()				
	備考:											
生物学的薬剤使用の有無	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 有の場合は薬剤名記載:									
抗がん剤使用の有無	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 有の場合は薬剤名記載:									
申込者	氏名			所属					連絡先			

※なるべく診療情報提供書の添付をお願いいたします。

※申込者の欄は連絡先まで必ずご記入をお願いします。申込書受け取り後、当院よりご連絡差し上げます。