

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。