

FAX 044-543-5067

川崎ライフケアクリニック 宛



診察申込書

<送信元>

TEL()
<ご担当者名>

カルテの事前登録のため、保険情報の記載もお願いいたします。

受付日付	平成	年	月	日
フリガナ 患者氏名				性別 男 女
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
往診先住所	〒			
				電話番号 () -
	建物名:			携帯電話 () -
キーパーソン	氏名 (続柄)			
	〒			電話番号 () -
				携帯電話 () -

<医療>

<介護> 介護保険者証 (有 ・ 無)

保険者番号		保険者番号	
被保険者証の記号	番号	番号	
被保険者との続柄	本人 ・ 家族	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
負担割合 (老人)	1割 ・ 2割 ・ 3割	介護状態区分	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)
公費	障害・特定疾患・生保・他 ()	介護事業所	
公費負担者番号		介護事業者番号	
公費負担受給者番号		ケアマネジャー	

主病名等 ()

現在のかかりつけ医 (有・無) (病院・クリニック) 通院中・入院中 医師名 ()

診察情報提供書 (有・無) 薬剤情報 (有・無)

告知 (有・無) 予後 (ヶ月)

医療機器 HOT・CV・経管栄養 (経鼻・PEG・経腸) ・Ba・ストーマ・気管切開・呼吸器

ADL

食事 (自立・見守り・一部介助・全介助) 排泄 (自立・見守り・一部介助・全介助)

歩行 (自立・見守り・一部介助・全介助) 入浴 (自立・見守り・一部介助・全介助)

認知症 (有・無)

訪問看護ステーション (有・無) (ステーション名:)

デイサービス (有・無) (曜日)

訪問入浴 (有・無) (曜日 時間)

訪問先の駐車場 (有・無)