



診察申込書

わかる範囲でお書きください。
※ 医療保険証等、介護保険証・介護負担割合証の写しも
FAXが可能でしたらお願い致します。

<送信元>
TEL:() -
<ご担当者名>

受付日付	令和	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・申請中・区変中)

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 ()	居宅介護事業所	
生活保護	福祉事務所:	電話番号	() -
	担当者名:	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 (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・自己注
 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:月・火・水・木・金・土・日 場所:)
 訪問入浴 (有・無) (曜日:月・火・水・木・金・土・日 時間:)
 訪問先の駐車場 (有・無)