

あさお・百合クリニック訪問診療申込書

FAX:044-988-0086

申込者			連絡先					
カナ			性別	生年月日	年齢			
本人氏名				1944/3/1	81			
住所	〒 TEL ー ー							
ご家族	☐ 同居	☐ 独居						
駐車場	☐ 敷地内	☐ コインパーキング	☐ 他【	】				
第1連絡者	カナ			続柄	TEL			
	氏名							
	住所	☐ ご本人と同居						
かかりつけ医	医療機関名		医師名		紹介状（あり・なし）			
病名	☐ 紹介状/診療情報提供書に記載の通り							
入院中の場合	医療機関名		退院日（予定）		年 月 日			
保険証	社保・国保・後期高齢・生活保護・障害・その他（							
医療証	☐ なし	☐ あり	【					
かかりつけ薬局	薬局名			TEL				
利用サービス	①訪問看護（							
②訪問介護 ③訪問リハ ④通所介護 ⑤訪問入浴 ⑥その他								
※上記①～⑥のサービスの現在の週間予定を下記にご記入ください。								
	月	火	水	木	金	土	日	
AM								
PM								
介護認定	申請中	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
障害支援	申請中	1	2	3	4	5	6	
ADL	食事	☐	自立	☐	一部介助	☐	全介助	☐ 非経口
	移動	☐	自立	☐	一部介助	☐	全介助	
	排泄	☐	自立	☐	一部介助	☐	全介助	
療養の方針	☐	何かあったら入院			☐	可能な限り自宅療養継続		
	☐	医師等と相談の上で決定			☐	その他（		
診療開始希望日	☐	すぐに	☐	今月中	☐	来月から	☐	他（ 月頃）
ご担当	事業所名			TEL				
ケアマネージャー	ご担当者			FAX				
備考								

※診療情報提供書やお薬手帳の写しを添付いただけるとスムーズです。

※個人情報厳正に取扱い、診療目的以外には使用いたしません。

あさお・百合クリニック（在宅療養支援診療所）TEL：044-988-0037