訪問診療申込書

申し込み年月日 年 月 日 ふりがな 性別 牛年月日 大正 • 昭和 • 平成 利用者様名 年 月 住所 〒 電話番号 携帯番号 健康保険 国保 • 後期 ・ 共済 ・ 社保 ・ 生保 ・その他() 身体障害手帳 無 公費保険 有 • 無 特定疾患医療証 有 無 有 • 未 • 申請中 介護認定 あり ・ 認定有効期間 年 月日~ 年 月 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 要介護区分 2 要支援 1 • 5 居宅介護支援事業所名 FAX 事務所連絡先 TEL ご担当ケアマネージャー名 家一氏名 年令 続柄 家族構成図 同居の有無 族 有 • 無 情 有 • 無 報 有 無 無 有 緊急連絡先 1:氏名 続柄 電話番号 2:氏名 電話番号 続柄 病名 アレルギー 有 • 無 (ご本人への病気の告知 有・無 現在の受診状況 かかりつけ医 有 • 無 有の場合:医療機関名 最終受診: 年 月 在宅療養に対するご希望 本人: ご家族: 最近の状況・伝えておきたいこと・気になること・苦痛なこと 等 こちらより連絡いたします。ご希望の日時をご記入ください。(ご希望に添えないこともあります。いくつか候補を挙げてください) どなたあて: 日時: