

医療法人社 健康会 おおあさクリニック 訪問診療受付票



TEL 011-788-4755

FAX 011-788-4756

申し込み日 令和 年 月 日

ふりがな				男	生年月日
氏名				女	M・T 年 月 日 S・H
住所	〒				
電話番号			携帯電話番号		
入居(予定)施設名				部屋番号	

患者様の状態(あてはまる項目に○をつけて下さい)

※寝たきり度・認知度は主治医意見書による判定結果を記載願います。
要介護2以下の方は必須・現段階で不明の場合取り寄せ後に連絡下さい

歩行状態	自立歩行	介助すれば歩行可能	車いす	ストレッチャー	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症	有 ・ 無				認知度	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
感染症	有()・無・未検				体内金属	有()・無・不明							

※ お手持ちの保険証に○をつけて、コピーの添付をお願いします。

1. 国保 ・ 社保(割) 2. 介護保険証 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 (割)
 3. 後期高齢者医療(1割・2割・3割) 4. 重度心身障害者医療受給者証 老初 ・ 老課 ・ 障初 ・ 障課
 5. 特定疾患医療受給者証 (病名: /臨床調査個人票作成病院名:)
 6. 生活保護(担当区: 区/担当ケースワーカー: 様)
 ※ 住所変更予定 有 ・ 無 ※ 区分変更予定 有 ・ 無

居宅介護事業所名	担当ケアマネージャー
Tel:	

■利用中のサービス(該当の曜日・時間に数字を記入ください) ※訪問スケジュールの参考にします

①訪問看護 ②外部デイ ③内部デイ ④訪問入浴 ⑤ヘルパー ⑥訪問リハ ⑦訪問鍼灸・マッサージ ⑧その他()		月	火	水	木	金	土	日
サービス利用 なし	午前							
サービス調整中	午後							

■事業所名 (①訪問看護 ・ ⑥訪問リハ ・ ⑦訪問鍼灸・マッサージ)

番号:	事業所名	Tel:
番号:	事業所名	Tel:

■継続予定の他科受診

病院名	診療科	次回予定	処方	頻度
			有 ・ 当院	
			有 ・ 当院	

備考

■持参薬 / まで

■連絡先(ご家族様連絡先)契約書/請求書ご郵送先 ※連絡先と郵送先が異なる場合は備考欄へご記入ください

ふりがな				続柄
氏名				
住所	〒			
電話番号			携帯電話番号	
支払方法	銀行引き落としの手続きをお願いしております。(手続きが完了してからの徴収になります)			

* 診療情報提供書・お薬の情報・フェイスシート・ケアプランなどもございましたらコピーの添付をお願いします。