

訪問診療申込書

申込日： 年 月 日	申込者名：	利用者とのご関係：	
訪問診療開始希望日	※「〇年〇月〇日」「〇月中旬ごろ」「できるだけ早く」などの記載でも構いません		
申込の理由・きっかけ			
<input type="checkbox"/> 通院が難しい（体調・障害・交通手段など） <input type="checkbox"/> 自宅から出ることが難しい（病気を問わず） <input type="checkbox"/> 退院後の自宅療養に備えて <input type="checkbox"/> 入退院を繰り返しており、自宅での支援体制を整えたい <input type="checkbox"/> 医療的ケア（胃ろう、在宅酸素、人工呼吸器など）が必要		<input type="checkbox"/> 主治医・病院から紹介された <input type="checkbox"/> ケアマネジャー・訪問看護師などに勧められた <input type="checkbox"/> 住み慣れた自宅で、できるだけ長く生活したい <input type="checkbox"/> 在宅での看取りを希望している <input type="checkbox"/> その他（ ）	
ふりがな		性別	生年月日
利用者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日
住所	〒		TEL — —
連絡先	氏名：	ご関係	TEL
	住所：上記に同じ・上記以外(
かかりつけ医	医療機関名	医師名	紹介状
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
主な病名	入院中の場合:医療機関名 退院日（予定）：		
保険証の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保（本人・家族） <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 乳幼児医療証（乳幼児医療費助成） <input type="checkbox"/> 子ども医療証（子ども医療費助成） <input type="checkbox"/> 難病医療証		<input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 障害者証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 級）
	<input type="checkbox"/> 生活保護：管轄福祉事務所名		担当職員
かかりつけ薬局		担当者	TEL
ケアマネ事業所		担当者	TEL
福祉サービス利用状況 例：月 午前 訪問入浴			
介護認定	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
障害支援	申請中	区分 1・2・3・4・5	

仙台みやぎの訪問クリニック

〒983-0841 宮城県仙台市宮城野区原町2-1-59-2