【送付先】 FAX：022-352-6388　E-mail：contact@sendai-miyagino.clinic

訪問診療申込書

申込日：　　年　　月　　日	申込者名：	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

- ☐ 通院が難しい（体調・障害・交通手段など）
- ☐ 自宅から出ることが難しい（病気を問わず）
- ☐ 入退院を繰り返しており、自宅での支援体制を整えたい
- ☐ 医療的ケア（胃ろう、在宅酸素、人工呼吸器など）が必要
- ☐ 主治医・病院から紹介された
- ☐ ケアマネジャー・訪問看護師などに勧められた
- ☐ 在宅での看取りを希望している
- ☐ その他（　　）

ふりがな		性別	生年月日
氏名		☐男 ☐女	大正・昭和・平成・令和 年　月　日
住所	〒		TEL －　－
第一連絡先 （キーパーソン）	氏名：	続柄	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
			☐あり　☐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	☐ 国保　☐ 社保（本人・家族）　☐ 後期高齢者医療 ☐ 乳幼児医療証（乳幼児医療費助成） ☐ 子ども医療証（子ども医療費助成） ☐ 難病医療証	☐自立支援医療 ☐ 障害者証 ☐ 身体障害者手帳（　級） ☐ その他公費
	☐生活保護：管轄福祉事務所名	担当職員
かかりつけ薬局		
ケアマネ事業所		担当者

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 ・ 6	
認知症生活自立度	Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M	寝たきり度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

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2-1-57　ENDOビル1階