

在宅医療新規申込書

在宅診療 敬二郎クリニック 宛

MAIL:otoiawase@clinic-kjr.com FAX:087-864-3108

申込日 令和 年 月 日

氏名	(ふりがな)		性別	生年月日	明治	大正	昭和	平成
			男・女		年	月	日	( 歳)
住所	〒			電話	(自宅)			
					(携帯)			
医療保険	社・国・後期・公費(生・難・身障: )			家族構成				
介護保険	要介護度( )							
キーパーソン	続柄( )							
医療機関				地域連携室 担当者				
訪問看護	事業所			担当者				
ケアマネジャー	事業所			担当者				
病名								
相談内容				移動				
<ul style="list-style-type: none"> <li>・今の状況</li> <li>・食事量</li> <li>・ADL等</li> </ul>				入浴				
				排泄				
				認知機能				
				睡眠				
				食事				
療養する 場所の希望	自宅	自宅以外( )		施設	( )			
本人・家族 在宅医療への 意向・要望								
薬剤情報								
麻薬使用	なし	あり( )						
医療処置	気切( )	Fr)	経管栄養( )	Fr)	胃・腸瘻( )			
	CV( )		バルン( )	Fr)	HOT(会社: )			
	人工呼吸器(会社: )		自己導尿( )	Fr)				
	自己血糖(針: )		・チップ: )					
使用材料	吸引カテーテル( )			Fr)	その他:			
申込者名				所属 連絡先				