

【安田花園クリニック 訪問診療申込書】

【申込日： 年 月 日 /申込者氏名： TEL： 年 月 日 歳】

ふりがな		明治・大正・昭和・平成	
氏名		年 月 日 歳	
住所	〒 京都市 区		
連絡先	(自宅)	(携帯)	
キーパーソン (保証人)	(氏名) (続柄) (連絡先) (住所)		

●ご本人の状況

日常生活	移動	自立・見守り・一部介助・全介助 【独歩・杖・手引き・歩行器・車いす・その他（ ）】
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助・その他（ ） 食事形態：
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助・その他（ ）
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助・その他（ ）
	着脱衣	自立・見守り・一部介助・全介助・その他（ ）
	視覚	見える・見えにくい・見えない
	聴覚	聞こえる・聞こえにくい・聞こえない
	意思伝達	できる・できない
医療行為	無し	
	有り	1) 点滴管理 2) 経管栄養(鼻注・胃瘻) 3) ハルーンカテーテル 4) 人工肛門 5) 血糖測定・インスリン 6) 酸素療法 7) 吸入・吸引 8) 人工呼吸器 9) 褥瘡処置 10) 疼痛管理 11) その他（ ）

●確認事項

住まい	独居・家族と同居(家族構成：)	
医療保険	国保・社保・前期高齢者医療・後期高齢者医療・その他()	
公費	障害・重老・難病・生保・その他()	
介護保険	未申請・申請中・事業対象者 要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5	
担当ケアマネ	事業所名： 担当者名：	TEL: FAX:
かかりつけ薬局	無し・有り(事業所名： TEL:)	
サービス利用	無し・有り (口ケアプラン参照)	
	(デイサービス事業所名：	利用曜日：)
	(訪問看護事業所名：	利用曜日：)
	(訪問介護事業所名：	利用曜日：)
	(その他：)

●療養の方針

申込理由	通院困難・自宅療養希望・自宅での看取りを希望・その他()
往診時期	急ぎ・1～2週間後・いつからでも良い・その他()
療養の方針	1) 何かあったら入院 2) 自宅でできる範囲での医療を受けて自宅療養継続 3) 医師との相談の上で決定 4) その他()

●配慮すべき事、クリニックへのご要望等がございましたら、ご記入下さい。

●送付先：安田花園クリニック (FAX:)

(※当院宛の診療情報提供書も併せてFAX頂きますようお願い致します。)