

訪問診療申込書

申込日 年 月 日 申込者氏名
 利用者さんとの御関係
 ()

ふりがな	男 女	大正・昭和・平成		
利用者氏名		年 月 日(歳)		
住所 〒				
電話番号		FAX 番号		
申し込み理由				
健康保険証 : 国保・後期・社保・共済・生保・その他()				
身体障害者手帳 : 有・無		公費保険証 : 有・無		特定疾患医療証 : 有・無
介護保険証 : 有・無				
要介護状態区分 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
居宅介護支援事業所 担当者名				
緊急連絡先				
1・氏名		続柄		電話番号
2・氏名		続柄		電話番号
かかりつけ医療機関名		診療科	担当医師名	
訪問診療ご希望日	① 曜日	午前／午後		～
	② 曜日	午前／午後		～
初回訪問希望日	月 日	曜日	時	
伝えておきたいこと、気になること、苦痛な症状等				
病名		アレルギー : 無・有		
感染症 : 有・無(ありの場合は該当するものに○)				
梅毒 HCV HBV MRSA その他()				