

病院用

新規患者往診申込票

天王山草野クリニック 宛

FAX 075-925-5388

下記①～⑧の項目をご記入後にFAXして下さい。
紹介状につきましては出来上がり次第FAXして下さい。

申込日 令和 年 月 日

① 申込者情報

病院名 _____
住所 _____ TEL : _____ FAX : _____
氏名 _____ 患者との関係 : _____

② 患者情報

患者氏名 _____
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 年齢 歳
住所 _____ TEL : _____
主病名 ※ がんの場合は告知の 有 ・ 無
既往歴・経過 (わかる範囲でご記入下さい)

ADL 全介助 ・ 一部介助
要介護度 未申請 ・ 申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 区分変更中
保険情報 国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者 ・ その他 (_____)
※ 保険証をお持ちの場合は 被保険者番号 _____ 保険者番号 _____
生活保護 受給 有 ・ 無
※ 生活保護を受給されている場合は 担当者名 _____ TEL : _____
同居者 有 ・ 無
※ 有の場合は患者との関係 (_____)
介護者 有 ・ 無
※ 有の場合は患者との関係 (_____)

③ キーパーソン情報

キーパーソン氏名 _____ 患者との関係 _____ 連絡先 (自宅) _____
連絡先 (携帯) _____

④ 主治医情報

主治医氏名 _____ 病院名 _____ 診療科 _____

⑤ ケアマネージャー情報

居宅介護支援事業所名 _____ 担当者名 _____ TEL : _____

⑥ 訪問開始の時期

いつでも ・ 急ぎ ・ なるべく早く ・ その他 (_____)

⑦ 訪問診療開始の説明について

患者様 (ご家族様) への説明 未 ・ 済

⑧ 訪問診療にかかる金銭負担の説明について (健康保険1割負担で8,000円/月程度)

患者様 (ご家族様) への説明 未 ・ 済

～以下注意点～

- ・ 初診後に医師が在宅医療の適応でないと判断した場合は、訪問診療が開始できない場合があります。
- ・ 訪問診療は基本的には定期的に月2回の訪問診療と365日24時間の医師緊急対応になります。
- ・ 退院時の共同指導にはなるべく医師が参加できるように配慮します。