

天王山草野クリニック 宛

FAX 075-925-5388

下記①～⑦の項目をご記入後にFAXして下さい。

申込日 令和 年 月 日

① 申込者情報

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 京都府 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
主治医からの診療情報提供書 (紹介状) 有 ・ 無 ・ 手配中

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 介護サービス利用状況

訪問看護 事業所名 回/週 (月・火・水・木・金・土・日)
訪問介護 事業所名 回/週 (月・火・水・木・金・土・日)
訪問入浴 事業所名 回/週 (月・火・水・木・金・土・日)
デイサービス・デイケア 事業所名 回/週 (月・火・水・木・金・土・日)
その他 () 事業所名 回/週 (月・火・水・木・金・土・日)

⑦ 訪問開始の時期

いつでも ・ 急ぎ ・ なるべく早く 依頼者からの連絡待ち その他 ()

～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。
- ・ 訪問診療費につきましては、健康保険の負担割合が1割の方で月8,000円ほどです。
- ・ 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。