

訪問診療申込書

(初めて ・ 2回目以降)

ふりがな	在宅 ・ 病院 ・ 施設 (病院または施設にお住まいの方は下もご記入ください)			
氏名	病院名/施設名		病室/入所階()	
生年月日	T・S・H 年 月 日	性別	男 ・ 女	介護保険 有 ・ 無
住所	〒 _____		介護保険 有の方は、担当のケアマネジャー氏名・連絡先もご記入ください (氏名) _____ (電話番号) _____ - _____	
キーパーソン (普段連絡を取る方)	氏名 _____	続柄() _____	(電話番号) _____	(携帯番号) _____
治療希望理由	(例:入れ歯が割れた)			
現病歴	(例:糖尿病)			
普段飲んでいる薬	有 ・ 無			
歩行(移動など)	可・困難・車いすなら可・不可		ベッドからの移動ができない場合、体を起こす事: 可 ・ 不可	
食事形態	普通食 ・ 介護食 ・ 非経口		介護食の場合: 軟菜食・キザミ食・ミキサー食・ゼリー食・流動食・その他	
うがい	できる・できない・できるがムセ有		ムセ有の場合、食事やその他の場合にもむせはありますか?: 有 ・ 無	
アレルギー	有 ・ 無		有の場合、アレルギーの種類: 麻酔薬 ・ 抗生物質 ・ 鎮痛剤 ・ その他	
血圧	正常 ・ 高い ・ 低い			
歯を抜いた時の異常	無 ・ 血が止まりにくい ・ 麻酔が効かない ・ 熱が出た ・ 貧血をおこした ・ わからない			
肺炎の既往	有 ・ 無			
かかりつけの医院	(電話番号) _____ - _____			
	(電話番号) _____ - _____			
駐車スペース	有 ・ 無			

分かる範囲内でご記入いただければ結構です。その他、伝達事項がありましたら、余白にご記入ください。