

まんまるクリニック訪問診療ご相談表

記入日： 年 月 日

ご記入者様： _____ 続柄： _____ 連絡先： _____

(医療機関・事業所名： _____)

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|-------------|---|-----------------|-------|---|---|---|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | | | | |
| 患者様 お名前 | | 男・女 | M・T・S | 年 | 月 | 日 | 歳 | |
| ご住所 | 駐車スペース (有・無) | | 電話番号 | 自宅： その他： | | | | |
| 病名・既往歴 | | | | | | | | |
| 病状・状況 お困りのこと | | | | | | | | |
| 現在の病院 | 病院名： | | <input type="checkbox"/> 現在通院中 <input type="checkbox"/> 現在入院中： 月 日頃退院予定 | | | | | |
| 必要な医療処置 (分かる範囲で ご記入下さい) | <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他： | | | | | | | |
| 主な介護者様 (キーパーソン) | 様 | 続柄 | | 連絡先 | | | | |
| | 同居 ・ 別居 (住所： _____) | | | | | | | |
| 介護保険 | 申請済・区分変更中・申請中・未申請 | | 介護度 | 要支援 () 要介護 () | | | | |
| 医療保険 | 1割 ・ 3割 | 限度額認定証： 有・無 | | 公費： 有・無 | | | | |
| ケアマネジャー | 事業所： | | ご担当者： | | 電話番号： | | | |
| ご利用中の 在宅サービス | 受けていない・①訪問看護・②デイサービス・③訪問入浴・④訪問ヘルパー・⑤その他 | | | | | | | |
| | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| | AM | | | | | | | |
| PM | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | |
| 連絡事項 | | | | | | | | |

※ご記入は分かる範囲で構いません。

新規訪問診療ご相談はお電話又はこちらにご記入頂きFAXにてお申し込み下さい。

HPメールフォームからもお問合せ頂けます。(<https://manmaru-clinic.com>)

まんまるクリニック

TEL：0120-800-883 FAX：0794-88-8671

