

わかば宮本医院 訪問診療申請書

平成 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日				
氏名			男・女	明治・大正・昭和				
電話番号				年 月 日 (歳)				
住所	(〒 -)							
	自宅・施設		自宅 ⇒ 戸建・集合住宅, 施設 ⇒ 施設名:					
	駐車場スペース 無・有 ⇒ 場所:							
家族状況	主介護者		続柄		電話番号			
	ご家族	同居・別居 ⇒ 住所:						
担当	事業所							
ケアマネ	担当者名	電話番号						
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ヘルパー・⑤その他()							
		月	火	水	木	金	土	左の表に番号を 記入してください
	AM							
	PM							
訪問看護	利用中・利用していない・導入調整中							
	施設名	:						
	電話番号	:						
伝えておきたいこと (特別な習慣, 宗教的なタブー, その他の問題点)								
処方せん/お薬 受け取り方法								
<input type="checkbox"/> 処方せん郵送 <input type="checkbox"/> 処方せん窓口受け取り / <input type="checkbox"/> お薬お届け (訪問対応かかりつけ薬局 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)								
お支払い方法				書類送付先				
<input type="checkbox"/> 引き落とし <input type="checkbox"/> 窓口お支払い				<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他 ()				
当院からの電話連絡先 (訪問診療前に確認の電話連絡をいたします)								
<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他 ()								