

訪問診療申込書

必要事項をご記入のうえ、FAX(ファックス)でご送信ください。

1 診療を受診される方について

フリガナ ----- ご氏名	男・女	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生まれ	歳
ご住所			電話番号	
連絡を取られる方の氏名：		ご本人との関係：		緊急時の連絡先

2 以下の項目で該当するものに○印をつけてください。

- ①一人暮らし・家族と同居 ②国保(本人・家族) ③社保(本人・家族) ④生活保護
 ⑤後期高齢者(1割・2割・3割) ⑥前期高齢者(1割・2割・3割) ⑦介護保険(要介護 5・4・3・2・1・要支援)
 ⑧重度心身障害(1級・2級) ⑨特定疾患医療受給者証

3 訪問を希望された主な理由は何ですか?(※歯が痛い、入れ歯を作りたい など)

4 既往歴を詳しくご記入ください。

5 現在の全身状態・疾患等、詳しくご記入ください。

6 現在服用中のお薬を詳しくご記入ください。(※別紙FAX可)

7 感染症は、有・無・不明(有の場合は、感染症名：)

※感染症の有無に関わらず、必ずご記入ください。

8 その他、ご希望がありましたらご記入ください。

9 ご紹介者

ご氏名	電話番号	FAX番号
-----	------	-------

10 お申し込み者・施設・病院等について

フリガナ ----- 代表者・ お申し込み者ご氏名	施設名 病院名	部署名
住所	電話番号	
	FAX番号	