

訪問診療申込書

記入日:令和 年 月 日

| | |
|--------------------------|---------|
| ・受診者氏名: | 男 ・ 女 |
| ・生年月日:(明・大・昭和・平成) 年 月 日生 | 満 歳 |
| ・住所:(〒 -) | |
| | |
| ・電話: () | |
| ・介助者: | 患者との続柄: |
| | |
| ・介助者連絡先: | |
| | |

☆お口の中の状態(番号に○を付けて下さい、重複も可)

1. 痛みがある 2. 腫れている 3. ものが良く噛めない 4. 入れ歯が合わない
 5. 入れ歯がこわれた 6. ものが良く飲み込めない 7. その他

()

【患者さんについての介護情報】(分かる範囲でご記入下さい)

※介護保険認定の方は、要記載

| | | | |
|-----------------|--|-------|-------------------------|
| 介護保険 | あり ・ 無し | 介護の要否 | 介助不要 ・ 部分介助 ・ 全介助 ・ その他 |
| 要介護度 | 自立 ・ 要支援(1 ・ 2) / 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) | | |
| 主治医 | | 電話 | |
| ケアマネジャー (氏名) | | (連絡先) | |
| 施設名 | | | |
| 事業所住所 | | | |

☆保険の種類: 後期高齢者 ・ 国民保険 ・ 社会保険 ・ 生活保護 ・ その他

★身障手帳: あり()等級 ・ 無し

☆意思の疎通: 可能 ・ やや可能 ・ 不可能

★感染症: ある() ・ 無し

☆障害: 聴力障害(あり ・ 無し) / 言語障害(あり ・ 無し) / 認知症(あり ・ 無し)

★通院が困難な病名と状態 (脳梗塞後遺症・単独歩行困難など)