洛和会音羽リハビリテーション病院　在宅医療支援センター　行
FAX：(075)502-7003

訪問診療申込書

申込者氏名	
電話番号	

申込日　　年　　月　　日

ID		性別	□ 男 □ 女
ふりがな		生年月日	□ 大正 □ 昭和 □ 平成
氏名	様		年　月　日　歳
住所	〒　　- 京都市		
自宅TEL		携帯	
家族構成			
	キーパーソン（　　）	連絡先	（　　）
主治医	□ 入院中　□ 通院中　□ 訪問診療中		
	□ _____ □ 洛和会音羽病院　□ 洛和会音羽リハビリテーション病院 □ 洛和会音羽記念病院		
傷病名		内服	□ あり　□ なし
特別な医療	□ 有　（有の場合は以下の項目にチェック）　□ 無		
	□ 点滴管理　□ 経管栄養（□ 鼻注　□ 胃瘻）　□ バルーンカテーテル		
	□ IVH　□ インスリン　□ 酸素療法　□ 人工呼吸器		
	□ 褥瘡の処置　□ 疼痛看護　□ 吸引　□ その他（　　）		
医療保険	□ 国保　□ 社保　□ 前期高齢者医療　□ 後期高齢者医療　□ その他		
公　費	□ 障害　□ 重老　☑ 難病　□ 生保　□ その他（　　）		
介護保険	□ 未申請　□ 申請中　□ 自立		
要介護度	□ 要支援　□ 1　□ 2	要介護	□ 1　□ 2　□ 3　□ 4　□ 5
ケアマネ	事業所名	担当者名	
	TEL	FAX	
訪問看護	事業所名		
	TEL	FAX	
かかりつけ薬局	薬局名		
	TEL	FAX	

その他　・　当院に望むこと（家族の意向等）

【ケアマネージャーの方へ】利用者基本情報（情報提供書）、週間サービス計画書（第3表）等の添付をお願いいたします。

【医療機関の方へ】診療情報提供書、基本情報、看護サマリ等の添付をお願いいたします。