訪問診療申込書

記載日　　年　　月　　日

やえクリニック行き(Fax:0774-20-2907)

紹介元医療機関名:			外来通院中 / 入院(入居)中
主治医:	診療科:	本人、家族の意思:希望あり/希望なし	
申込担当者の ご所属・お名前:		連絡先 Tel 連絡先 Fax	(　　)　　- (　　)　　-
患者氏名:　　男・女		生年月日　　年　　月　　日(　　歳)	
自宅住所:〒 Tel:(　　)　　-			
病名			
申込理由			
必要な 医療内容	・点滴 ・中心静脈栄養(PICC、CV、ポート)・経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻)・酸素療法 ・ストマ管理 ・レスピレーター管理 ・吸引 ・吸入 ・尿道留置カテーテル ・膀胱瘻 ・褥瘡処置 ・疼痛管理 ・PCA ポンプ ・その他(　　)		
介護者・ キーパーソンについて	① 氏名(続柄)　　住所　　Tel:(　　)　　- ② 氏名(続柄)　　住所　　Tel:(　　)　　-		
家族構成			
介護保険	未申請 / 申請中 / 申請済	区分:要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)	
	保険者番号:　　被保険者番号: 認定有効期間:平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日		
介護 サービス	1. 導入済・訪看 ST:　　2. 検討中 ・その他(　　)		
在宅担当介護支援専門員:　　事業所名　　Tel:(　　)　　-			
主保険	保険者番号:	1. 本人　2. 家族	
	記号:	番号:	
併用保険	保険者番号:	受給者番号:	

〒611-0025 京都府宇治市神明宮東14-1
やえクリニック　TEL:0774-20-2900