

訪問診療申込書

記入日:平成 年 月 日

(フリガナ)	
・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	
ケアマネージャー(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)