

記入日：R 年 月 日

こずかた診療所 訪問診療 申込書

記入者 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

患者情報

フリガナ	住 所
氏 名	□男・□女 年 月 日生 才
医療保険	医療費助成受給者証（重度・難病・その他）
身障手帳：□有・□無	種 級 障がい名：
介護保険：□申請済・□未	要介護度「 」有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日
通院中の医療機関名	診療科 担当医
主病名	
現病歴	※別紙を添付いただいてもかまいません。
訪問診療を必要とする理由（ADL 低下・ACP・DNAR・在宅看取り等含む）	
寝たきり・車椅子・歩行困難・認知症・胃ろう・経管栄養・尿道バルン・吸引・在宅酸素・（ ）	
サービス利用状況（注1）	
ケアマネ事業所名	担当者 連絡先
訪問診療先 □自宅・□施設「名称」	
施設住所	担当 連絡先
備考	

（注1）訪問看護を利用している場合は、事業所名を必ず記入してください。

●患者様の状態確認や訪問診療の説明、契約のため、可能であれば、初回は外来受診をお願いしております。

<連絡先>こずかた診療所 平日 9時から 17時まで

電話 019-698-3033（直通）FAX 019-611-2071（ケアセンター南昌）