

申込日：平成 年 月 日

利用者	氏名	生年 月日	M・T・S	年	月	日	歳	男・女	
	住所							TEL	
申込者	氏名	続柄		TEL					
	住所	□同上 □他（ ）							
病名									
現在の かかりつけ医	（ ） □医院 □クリニック □病院（ ）科								
	主治医名（ ）医師								
経過	お分りの範囲でご記入下さい。								
ADL	□寝たきり・□車椅子（移乗 □自力 □介助）・□杖歩行・□その他（ ）								
食事 摂取状況 栄養管理	状況	□胃瘻 □胃管 □中心静脈栄養（□CV □ポート） □末梢点滴 □その他（ ）							
	形態	□米飯 □全粥 □ミキサー食 □その他（ ）							
同居家族	無 ・ 有（続柄		）		キーパーソン氏名				
介護度	要支援 1・2		・ 要介護 1・2・3・4・5		申請中		未申請		
ケアマネ ジャー	氏名	TEL							
	事業所名								
利用状況 事業所名 曜日など	□訪問看護		（事業所名				曜日）		
	□デイサービス		（事業所名				曜日）		
	□ショートステイ		（事業所名				曜日）		
	□訪問入浴		（事業所名				曜日）		
	□ヘルパー		（事業所名				曜日）		
	□訪問リハビリ		（事業所名				曜日）		
	□その他		（事業所名				曜日）		
緊急性	□急ぐ		□急がない						
現在処方されている薬の残り（ ）日分								不明	
備考									

ご家族様用

～訪問診療のお申し込みには～

- ・かかりつけ医がある場合は紹介状が必要となります。

紹介状が無い場合は当院外来受診が必須になります。状態をよくご存じの方とご来院ください。どうしても受診が困難な場合は担当者にご相談ください。

※患者様の状態により、担当医師の判断で外来受診なしで訪問診療を開始できることもあります。

- ・お申込用紙を頂いたあとに家族様との面談を依頼しております。

日程につきましては、後日担当者よりご連絡をさせていただきます。

- ・お申込みいただいても病状や処方内容により当院で対応できない場合がございます。

あらかじめご了承ください。

- ・訪問診療は基本的には月 2 回の定期的な訪問となっています。

*その他、ご不明な点がございましたら、共立病院 地域連携室にお問い合わせください。

共立病院 地域連携室 TEL 079-285-3494 FAX 079-285-3417