**花畑クリニック　診療申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | **《お申込み者様》** | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 氏名 | | | | | |  | | | | |
| 患者氏名 |  | | | 事業者名 | | | | | |  | | | | |
| 電話番号 | | | | | |  | | | | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　　　　歳） | | | | | | | | | | | 性別 | 男　・　女 | |
| 訪問先住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | |
| ご連絡先  （キーパーソン） | 氏名 |  | | | | 続柄 | | |  | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | |  | | | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅（　　 　　）　 　　　－　　 　　　携帯（　　　 　）　　　 　－ | | | | | | | | | | | | |
| 主病名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 既往歴 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 経過 |  | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけ医 | 病院名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 担当医 |  | | | 診療情報提供書 | | | | | | あり ・ なし ・ これから | | | |
| かかりつけ薬局 |  | | | | 残薬 | | 日分　　　　　　　不明 | | | | | | | |
| 医療保険情報 | □後期　（1割　・2割　・3割）　　□国保　　□社保　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 公費情報 | □生活保護　□難病　□障害　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 療養状況 | 在宅 ・入院（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）退院予定日：　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 医療処置 | ・IVH/輸液ポンプ　・CAD/PCAポンプ　・ポート　・尿道カテーテル　・ストマ　・呼吸器・気管切開　・酸素　・褥瘡・インスリン・輸液ポンプ　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 介護認定 | 未申請・申請中・要支援 1 ・ 2/要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・　5 負担割合：1割・2割・3割 | | | | | | | | | | | | | |
| ケアマネージャー | 事業者名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 担当者名 | |  | | E-Mail | | |  | | | | | | |
| 電話 | |  | | FAX | | |  | | | | | | |
| 介護サービス  利用状況 | □訪問看護（事業所名：　　　　　　　　　　　）□デイサービス（事業所名：　　　　　　　　　　　　　）  □ヘルパー　（事業所名： 　　　　　　　　　　）□訪問入浴　（事業所名：　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| ADL | ・食事　（自立・見守り・一部介助・全介助）　　・排泄　（自立・見守り・一部介助・全介助） | | | | | | | | | | | | |
| ・歩行　（自立・見守り・一部介助・全介助）　　・入浴　（自立・見守り・一部介助・全介助） | | | | | | | | | | | | |
| 開始時期 | 月　　　日ごろ　　　　□急ぐ　　　□急がない | | | | | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | |