

みらい在宅クリニック 宛

FAX 045-326-6993

下記①～⑦の項目をご記入後にFAXして下さい。

申込日 平成 年 月 日

## ① 申込者情報

住所	TEL :	FAX :
氏名	患者との関係 :	

## ② 患者情報

患者氏名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 年齢 歳
住所	横浜市 TEL :
主病名	※ がんの場合は告知の 有・無
既往歴・経過（わかる範囲でご記入下さい）	

ADL	全介助・一部介助
要介護度	未申請 申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 区分変更中
保険情報	国保・社保・後期高齢者・その他( ) ※ 保険証をお持ちの場合は 被保険者番号 保険者番号
生活保護	受給 有・無 ※ 生活保護を受給されている場合は 担当者名 TEL :
同居者	有・無 ※ 有の場合は患者との関係( )
介護者	有・無 ※ 有の場合は患者との関係( )

## ③ キーパーソン情報

キーパーソン氏名	患者との関係	連絡先(自宅) 連絡先(携帯)
----------	--------	--------------------

## ④ 主治医情報

主治医氏名	病院名	診療科
主治医からの診療情報提供書(紹介状) 有・無・手配中		

## ⑤ ケアマネージャー情報

居宅介護支援事業所名	担当者名	TEL :
------------	------	-------

## ⑥ 介護サービス利用状況

訪問看護	事業所名	回/週 (月・火・水・木・金・土・日)
訪問介護	事業所名	回/週 (月・火・水・木・金・土・日)
訪問入浴	事業所名	回/週 (月・火・水・木・金・土・日)
デイサービス・デイケア	事業所名	回/週 (月・火・水・木・金・土・日)
その他( )	事業所名	回/週 (月・火・水・木・金・土・日)

## ⑦ 訪問開始の時期

いつでも・急ぎ・なるべく早く 依頼者からの連絡待ち その他( )

## ～以下注意点～

- ・悪性腫瘍、難病(神経疾患やALSなど)をお持ちの方は病院からの**紹介状が必須**となります。この場合原則として紹介状が届き次第の訪問診療開始となります。
- ・初診後に医師が在宅医療の適応でないと判断した場合は、訪問診療が開始できない場合があります。
- ・訪問診療は基本的には定期的に月2回の訪問診療と365日24時間の医師緊急対応になります。
- ・訪問診療費につきましては、健康保険の負担割合が1割の方で月7000円ほどです。
- ・その他ご不明な点がございましたら、クリニックにお問い合わせ下さい。