

みらい在宅クリニック 宛

FAX 045-326-6993

下記①～⑨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

事業所名

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

被保険者番号

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・その他()

⑧ 訪問診療開始の説明について

患者様(ご家族様)への説明 未・済

⑨ 訪問診療にかかる金銭負担の説明について(健康保険1割負担で7000円/月程度)

患者様(ご家族様)への説明 未・済

～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。