

【訪問診療 申込書】

こちらのお申し込み用紙をご記入の上、FAX送信ください。[FAX:03-5272-5620]受付後ご連絡させていただきます。

●土日祝に送信いただいた場合、ご連絡は休日明けになります

貴機関名：	連絡先：
申込者：	
(フリガナ) 患者様氏名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日： 連絡先：
ご住所（アパート名や部屋番号まで入力してください）：	
家族構成（同居/別含む）	キーパーソンについて
	名前： 続柄（ ） 連絡先：
当院のサービスを利用することでどのようなことを期待していらっしゃいますか。	
ご本人は訪問診療に同意いただいていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	サービス開始希望日 ※ご希望日は、FAX送信日より平日中4日以降でお願いいたします。
診断名（代表するものをいくつか）	
これまでの病状経過（わかる範囲で。※別途、診療情報提供書(紹介状)をご準備ください）	
医療処置はありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
介護保険区分（要介護度）	担当ケアマネジャーの事業所名、お名前を教えてください。
訪問看護ステーション名を教えてください。（利用中、利用予定の方のみ）	
移動動作や歩行状況・食事摂取状況・排泄状況について教えてください。	
ADL： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 常にベッド上 食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 コミュニケーション： <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> その他（ ）	
その他、何かご要望がございましたら自由にご記載ください。	

※記載に関してご不明点ございましたら、下記までご連絡ください。

新宿ヒロクリニック 連携推進課 相談室 （平日 9:00~17:00）

TEL：03-5272-5600