

訪問診療申込書 (アスミ・クリニック)

わかる範囲で結構ですのでご記入下さい。

当院は基本的に事前面談は行っておりませんが、面談をご希望される場合はご連絡下さい。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者 氏名： _____ 様 患者様とのご関係： _____

患者様氏名 (保険証に記載された文字を記入して下さい)

(ふりがな)

氏名： _____ 様 年齢： _____ 歳、生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

性別 男 ・ 女

患者様住所

住所： _____

患者様連絡先

電話番号： _____

主たる介護者

氏名： _____ 様 続柄： _____ 連絡先： _____

介護認定の有無

有 ・ 無 要介護 (_____)、要支援 (_____)

*介護認定有りの方

居宅事業所： _____ 電話番号： _____

ケアマネジャーさんの名前： _____ 様

現在、利用中のサービス (○をつけてください)

・ 訪問看護・訪問リハビリ (ステーション名： _____、曜日： _____)

・ ヘルパー (曜日： _____) ・ デイサービス (曜日： _____) ・ 訪問入浴 (曜日： _____) ・ 福祉用具

ご病気・ご病状について教えて下さい。

現在、治療を受けている病名 (医師から聞いた病名)

現在、通院されている病院の名前

担当の医師から病気についてどのような説明を受けましたか？（ 受けた ・ 受けていない ）

*受けた場合：

いつからどのような治療をしていますか？（何年頃～など、経過を記入してください）

症状はありますか？（痛み、吐き気、食欲低下、倦怠感など）

生活について教えてください（○をつけてください）

食事の様子

- ・ 食事や水分は摂れている・摂れていない（いつ頃から～）
- ・ 自分で飲んだり食べたり出来る・介助が必要・むせ込みがある・トロミを使っている

排泄の様子

- ・ 自立している・介助が必要・オムツを使用している・ポータブルトイレを使っている
- ・ 尿道カテーテルがある（サイズ Fr）

移動の様子

- ・ 歩ける・杖を使う・車椅子を使う・寝たきりの状態である

処方薬について

- ・ 処方を受けている（あと何日分ありますか？ 日分）・ 処方を受けていない
- ・ 次の診察・処方予定はありますか？（ 月 日 病院名： 受診予定）

特殊医療の使用について（○をつけてください）

- ・ 在宅酸素療法をしている・抗がん剤治療中である・胃ろうチューブがある
- ・ 気管カニューレを使っている・褥瘡がある・人工肛門がある
- ・ ポートがある・点滴をしている・吸引処置をしている
- その他（ ）

今後の過ごし方についてのご希望を教えてください。

ご本人のお気持ち：家で過ごしたい

病院やホスピスなどへの入院を考えている、または申し込んでいる
考えていない・どうしたらよいか分からない

ご家族のお気持ち：家で過ごさせてあげたい

介護は難しいので病院への入院を希望する
考えていない・どうしたらよいか分からない

家族構成（同居の有無も記載ください）

その他、気になることがあったら教えてください

ご記入が終わりましたら下記に郵送か、FAX か、電子メール添付のいずれかでお送りください。

〒064-0912

札幌市中央区南12条西11丁目2-1 PROJECT BLD 2階

アスミ・クリニック

TEL：011-532-5011 FAX：011-532-5013

e-mail：info@asumi-clinic.com