

# 訪問診療申込書 医療法人社団 花楓会 笠井医院

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。

記入者 氏名： \_\_\_\_\_ 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： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳、生年月日： \_\_\_\_\_

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： \_\_\_\_\_ 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： \_\_\_\_\_

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。

今治療を受けている病名（医師から聞いた病名）

今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・どうしたらよいかわからない

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・どうしたらよいかわからない

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。

〒188-0011 西東京市田無町 4-11-7-101 医療法人社団花楓会 笠井医院  
TEL：042-452-5056  
FAX：042-452-5057  
e-mail：[kasaiinzaitaku@gmail.com](mailto:kasaiinzaitaku@gmail.com)