

# ライフケアクリニック那覇 訪問診療申込書

申し込み年月日	年 月 日
申込者名	
患者様との関係	連絡先

フリガナ		性別	年齢
患者様氏名		男 ・ 女	歳
訪問診療先	<input type="checkbox"/> 自宅（場所） <input type="checkbox"/> 施設（施設名）		
医療保険証の種類	後期高齢者 ・ 国保 ・ 社保 ・ 生保 ・ 公費（ ）		
介護保険	未申請 ・ 申請中 ・ 要支援（ 1 ・ 2 ） 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）		
ケアマネージャー	事業者名		
	担当者	連絡先	
訪問看護の利用	<input type="checkbox"/> 有（ステーション名） <input type="checkbox"/> 無		

病名及び既往歴	
かかりつけ医 (入院中の医療機関)	※紹介状 有 ・ 無 <入院の場合> 入院日 退院日
現在受けている 医療行為 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル（最終交換日） <input type="checkbox"/> 胃瘻造設（ <input type="checkbox"/> バンパータイプ <input type="checkbox"/> バルーンタイプ）（最終交換日） <input type="checkbox"/> 経鼻カテーテル（最終交換日） <input type="checkbox"/> インスリン療法 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 中心静脈注射 <input type="checkbox"/> 癌性疼痛のコントロール <input type="checkbox"/> その他（ ）
ADL	

開始希望の時期	年 月 頃 ※申し込み状況によっては希望に沿えない場合もあります
利用に際しての ご要望など	

医療法人沖縄聖蹟会 ライフケアクリニック那覇

〒900-0021 沖縄県那覇市泉崎2丁目3番8号 ロイヤルハイツ泉崎4F

TEL 098-832-1721

**FAX : 098-832-1723 までご返送願います**

(診療情報提供書・お薬の説明書・基本情報・介護保険被保険者証・負担割合証等も

添付していただくと申し込みがスムーズに行えます)