



このままFAXにて**092-821-6675**まで送信して下さい。
折り返しお電話にてご連絡させていただきます。



案浦クリニック 訪問診療申込書

(お問い合わせの段階では、差し支えない範囲でのご記入で構いません)

申込者氏名		本人との関係	
電話番号	()		

申込年月日 年 月 日

ふりがな			生年月日					
お名前	(男・女)		大正・昭和	年	月	日	歳	
住所	〒 - (自宅・施設) TEL () 駐車スペース 有(場所:)・無							
家族構成	(主介護者: /続柄 連絡先:)							
公費負担制度	自立支援医療受給者証(精神通院): 有・無 指定難病医療受給者証: 有・無 身体障害者手帳: 有(級/障害の種類)・無 福岡市障がい者医療証: 有・無							
かかりつけ医	紹介状(有・無)							
病名								
必要な医学管理等	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 在宅自己注射 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう・鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 在宅自己導尿 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ)処置 <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他()							
利用中のサービス	①訪問介護 ②訪問看護 ③訪問入浴 ④訪問リハビリ ⑤デイサービス・デイケア ⑥その他							
		日	月	火	水	木	金	土
	AM							
	PM							
介護保険	要介護度	申請中 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5						
	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
	担当ケアマネジャー	事業所:		お名前:				
TEL: ()								
その他(お困り事や不安な事、診療に対するご希望など、ご遠慮なくご記入ください)								