

# 訪問診療申込書

むさしの共立診療所 宛

Tel 0422-53-2512

FAX 0422-52-2516

申込日 年 月 日

申込者氏名

利用者様とのご関係( )

申込者連絡先

当院では訪問診療申込にあたり下記の内容についてご記入をおねがいしております。

お申込み後当院より折り返しご連絡いたします。

ふりがな					
利用者氏名	様	男 女	年	月	日生 ( )歳
住所	東京都				介護度

病歴や症状 現在している治療内容 生活状況など

ADL(日常生活動作)当てはまるものに☑をいれてください。

- |        |                             |                                      |                                   |                               |
|--------|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 食事     | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> セッティングすれば自立 | <input type="checkbox"/> 介助       |                               |
| 移動(室外) | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 杖・歩行器       | <input type="checkbox"/> 車椅子      | <input type="checkbox"/> 寝たきり |
| 移動(室内) | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 杖・歩行器       | <input type="checkbox"/> 車椅子      | <input type="checkbox"/> 寝たきり |
| トイレ    | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 介助          | <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ | <input type="checkbox"/> オムツ  |
| 入浴     | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 介助          | <input type="checkbox"/> 訪問入浴     |                               |

使用している医療機器当てはまるものに☑をいれてください。

- |                                |                                    |                              |
|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養    | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 気管切開  | <input type="checkbox"/> 胃婁        | <input type="checkbox"/> なし  |
| <input type="checkbox"/> 酸素療法  | <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル |                              |