

訪問診療申込相談票

患者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	主病名	
	氏名		<input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日 生 歳
	住所	電話			

関係者 <small>親族</small>	氏名	続柄	住所	連絡先①	備考
				連絡先②	

医療機関 <small>現在の</small>	医療機関名	受診科	担当医師名	

事業所 <small>介護支援 居宅</small>	事業所名	ケアマネ氏名

保険情報	健康保険	保険の種類	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他()				
		自己負担割合	<input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 1割				
	介護保険	要介護認定区分	<input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> <small>申請中 区変中</small> /				
		自己負担割合	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 1割				
	公費負担医療		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		一部負担金		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し

既往歴	年月(頃)	既往	薬の内容	

医師現在 療養機器 用	<input type="checkbox"/> 酸素	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 胃瘻チューブ	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 気管切開チューブ		
	<input type="checkbox"/> その他1:	<input type="checkbox"/> その他2:		

現在の 症状	
医療 問題 点 上の	