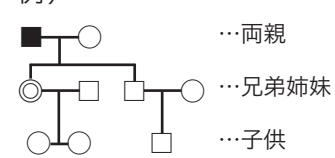


訪問診療申込書

平成 年 月 日

中島病院 病院長 殿

以下の通り、訪問診療申込を致します。また、診療の際は必ず医師の指示に従います。

| | | | | | | |
|-------|--|---------|-----------------|------------|--------|------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | | 年齢 |
| 患者氏名 | 様 | 男・女 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日生 歳 |
| 患者住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 | 自宅 | | | 携帯 | | |
| 保険種類 | 1. 健保本人 3. 国保本人 5. 後期高齢 7. 労災 9. 生活保護 2. 健保家族 4. 国保家族 6. 自賠 8. 公務労災 10. その他 () | | | | | |
| 介護保険 | 要支援 1・2 | | 要介護 1・2・3・4・5 | | 無 | |
| | 申請中 (月 日申請済み) | | 再認定中 (月 日申請済み) | | | |
| | 居宅介護支援事業所 | | | 担当ケアマネージャー | | |
| 障害者手帳 | 有 (級)・無・申請中 (月 日申請) | | | 当院入院歴 有・無 | | |
| 家族構成 | 配偶者 | 有・無 | | キーパーソン | | |
| | 子供 | 男 人・女 人 | | 入院前 | と 人暮らし | |
| 家族構成 | □→男 ○→女 本人は二重丸、亡くなられた方は塗りつぶして下さい。 例)  ...両親 ...兄弟姉妹 ...子供 | | | | | |
| 備考 | | | | | | |