

ホームケアクリニック北斗星 訪問診療依頼書

TEL/FAX 0138-86-6822/ 0138-86-6823

住所 〒041-0806 函館市美原3丁目17-13 Vesner V 101号

フリガナ		男	生年月日	年齢
氏名	様	・ 女	M・T S・H 年 月 日	歳
施設名	※個人宅であれば住所記載		部屋番号	

【キーパーソン】

フリガナ		続柄	TEL
氏名	様		-----
住所	〒		携帯

【請求書送付先】 ※上記キーパーソンと同じであれば、空欄で構いません。

フリガナ		続柄	TEL
氏名	様		-----
住所	〒		携帯

【ケアマネージャー】 担当者 様 訪問看護 担当者 様

事業所名		事業所名	
TEL		TEL	
FAX		FAX	

【書類・確認事項】

※当院は介護保険の居宅療養管理指導を算定します。

後期高齢者受給者証をお持ちの方(★どちらか必須)	生活保護を受給されている方(★どちらか必須)
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 割	<input type="checkbox"/> ケースワーカーへのご連絡(担当 様)
<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	※医療券・介護券が当クリニックへ必要です。
<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 割	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証

任意のその他の保険証類(お持ちの方のみ)

<input type="checkbox"/> 重度心身障がい者医療受給者証 → 老初 ・ 老課 ・ 障初 ・ 障課
<input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)受給者証 → 病名 自己負担上限 円
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用認定証
<input type="checkbox"/> 子ども・ひとり親家庭等 受給者証
<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保
<input type="checkbox"/> 高齢受給者証(70歳以上)

診療情報提供書等の患者情報(出来るだけ全てご用意・ご教授下さい)

<input type="checkbox"/> 診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 残薬状況 月 日まで
<input type="checkbox"/> フェイスシート・サマリー等(なるべく直近のもの)	<input type="checkbox"/> 施設入居日 月 日
<input type="checkbox"/> お薬情報	<input type="checkbox"/> 調剤薬局 薬局
<input type="checkbox"/> 定期受診・他科診療受診先(診療科も) →	

歩行状態	自立歩行 介助歩行 車椅子 寝たきり	寝たきり度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症	有 ・ 無	認知度	I IIa IIb IIIa IIIb IV M

【現在のサービス】 ①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤訪問リハ

依頼者記入日

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							

年 月 日

【その他】 ※上記に記載できない事項、特に伝達したい事項をご記載下さい。