

## 新規患者 往診・訪問診療申込書

にしかわ耳鼻咽喉科 宛

FAX 06-6753-7858

申込日 令和 年 月 日

■ 依頼者様情報

氏名	医療機関・居宅・訪看・その他 事業所名
TEL	FAX

■ 患者様情報

患者氏名					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	年齢 歳
住所					TEL
主病名					
依頼目的	<input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 耳垢除去 <input type="checkbox"/> その他				
既往歴・経過					
現在の栄養状態	主食(米飯・粥・ゼリー)    副食(普通・軟菜・ミキサー・ゼリー) 水分(とろみなし・とろみ付き・ゼリー)				
肺炎の既往	有 ・ 無				
胃瘻の有無	有 ・ 無				
ADL	全介助 ・ 一部介助				
要介護度	未申請 ・ 申請中 ・ 要支援 1 2 要介護 1・2・3・4・5    区分変更中				
同居者	有 ・ 無 ※患者との関係( )			TEL	
介護者	有 ・ 無 ※患者との関係( )			TEL	
介護保険情報	被保険者番号			保険者番号	
保険情報	国保 ・ 社保本人 ・ 社保家族 ・ 後期高齢者 ・ その他( )				
	被保険者番号			保険者番号	
生活保護	受給 有 ・ 無				
主治医氏名				病院名	
主治医の承諾	有 ・ 無 ・ 相談中			主治医の紹介状 有 ・ 無 ・ 手配中	
支払方法	振込 ・ 次回往診時 ・ 直接来院 ・ その他( )				