くどうまさと在宅診療所　診療申込書

フリガナ		お急ぎの場合には ”至急”に〇を	至急	
お名前		申込日	年　　月　　日	
生年月日	年　　月　　日（　　歳）	性別		
住所	〒			
電話番号		携帯		
キーパーソン	フリガナ		続柄	
	名前		電話	
			携帯	
	住所	〒		
	E-mail	@		
病名	1			
	2			
	3			
介護度	要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 / 未申請 / 申請中			
地域担当者	事業所		電話	
	担当者		FAX	
	E-mail	@		
ADL	歩行	(自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助)		
	食事	(自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助) (誤嚥 ： 有 ・ 無)		
	排泄	(自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助) (オムツ ： 有 ・ 無)		
	入浴	(自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助)		
介護サービス利用状況	□訪問看護	(事業所：　　)	(　　曜日)	
	□デイサービス	(事業所：　　)	(　　曜日)	
	□ヘルパー	(事業所：　　)	(　　曜日)	
	□訪問入浴	(事業者：　　)	(　　曜日)	
	□その他	(事業者：　　)	(　　曜日)	

2枚目もご記入ください。

病歴（今までの治療内容をわかる範囲で記載してください）	
※資料の添付でも構いません	
服用中のお薬	
※資料の添付でも構いません	
医療処置	胃瘻 ・ 経鼻胃管 ・ 中心静脈栄養（IVH） ・ 持続点滴（麻薬・強心薬） ・ 褥瘡 尿道カテーテル ・ 人工肛門（ストマ） ・ 在宅酸素（HOT） ・ ASV インスリン ・ 自己血糖測定 ・（その他：　　）
備考欄	

※ 医療機関からの診療情報提供書がありましたら、ご送付ください。

※ 内容を確認後、ご連絡いたしますが、お急ぎの場合には、1枚目の至急を丸で囲ってください。

くどうまさと在宅診療所

〒160-0004

東京都新宿区四谷4丁目15　九久ビル801号室

電話：03-5990-2056 、FAX：03-5990-2057