

FAX 03-5808-7936

あさひ在宅クリニック 宛

### 診察申込書

わかる範囲でお書きください。  
※ 医療保険証等、介護保険証・介護負担割合証の写しも  
FAXが可能でしたらお願い致します。

<送信元>
TEL: ( ) -
<ご担当者名>

受付日付	令和	年	月	日
フリガナ 患者氏名				性別 男 女
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日( 歳)
往診先住所	〒			電話番号( ) -
	建物名:			携帯電話( ) -
キーパーソン	氏名 (続柄 )			
	〒			電話番号( ) - 携帯電話( ) -

<医療>

保険者番号	
被保険者証の記号	番号
被保険者との続柄	本人・家族
負担割合(老人)	1割・2割・3割
公費	障害・特定疾患・生保・他( )
生活保護	福祉事務所:
	担当者名:

<介護>介護保険者証(有・無・申請中・区変中)

保険者番号	
番号	
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
介護状態区分	要支援(1・2)要介護(1・2・3・4・5)
居宅介護事業所	
電話番号	( ) -
ケアマネージャー	

主病名等 ( )  
現在のかかりつけ医(有・無) ( 病院・クリニック)通院中・入院中 医師名( )

診察情報提供書 (有・無) 薬剤情報(有・無)

告知 (有・無) 予後 ( ヶ月)

医療機器 HOT・CV・経管栄養(経鼻・PEG・経腸)・Ba・ストーマ・気管切開・呼吸器・自己注

ADL

食事 (自立・見守り・一部介助・全介助) 排泄 (自立・見守り・一部介助・全介助)  
歩行 (自立・見守り・一部介助・全介助) 入浴 (自立・見守り・一部介助・全介助)  
認知症(有・無)

訪問看護ステーション(有・無) (ステーション名: )

デイサービス (有・無) (曜日:月・火・水・木・金・土・日) 場所: )

訪問入浴 (有・無) (曜日:月・火・水・木・金・土・日) 時間: )

訪問先の駐車場 (有・無)