

## 診察申込書

カルテの事前登録のため、保険情報の記載もお願い致します。  
保険証のコピーをFAXして頂いても結構です。

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		
	氏名		
キーパーソン	〒	電話番号	
		携帯電話	

### <医療>

保険者番号	
被保険者の記号	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( )
公費負担者番号	
公費負担受給者番号	

### <介護>

介護保険証(有 ・ 無)

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)
介護事業所	
介護事業所番号	
ケアマネージャー	

### ・主病名等

・現在のかかりつけ医(有 ・ 無) 医療機関名( ) 通院中 ・ 入院中

・診療情報提供書 (有 ・ 無) 医師名 ( )

・告知 (有 ・ 無) 予後 ( 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

### ・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( )

・訪問入浴 (有 ・ 無) 曜日( ) 時間( )

・訪問先の駐車場 (有 ・ 無)

グレースホームケアクリニック城東分院