

# 訪問診療申込書 (ANHOC)

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
氏名			年齢	才
訪問先住所				電話番号( )
緊急時連絡先	① 氏名		続柄( )	電話番号( )
	住所			
	② 氏名		続柄( )	電話番号( )
	住所			
かかりつけ医			主病名	
駐車場の有無	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 周辺駐車場(駐車場名 ) ) <input type="checkbox"/> なし			
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位 ) <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> BiPAP <input type="checkbox"/> その他( )			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> トロミ ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )			
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )			
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態 ( 褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) <input type="checkbox"/> 車いす乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
精神状態など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
かかりつけ薬局	かかりつけ薬局 <input type="checkbox"/> あり ( 薬局名 ) <input type="checkbox"/> なし			
	住所			
	電話番号		FAX	
	お薬は <input type="checkbox"/> 受け取りに行く <input type="checkbox"/> 配達希望 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
ケアマネジャー連絡先	事業所名			電話番号
	担当者氏名			
訪問看護ステーション	事業所名			電話番号

# 診 療 申 込 書

◎太枠内に必要事項を記入して下さい。

受診月日	令和 年 月 日	ID番号	
フリガナ		性別	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明・大・昭 平・令 年 月 日
保険証の世帯主		世帯主との続柄	
現住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ※アパート名・棟名・部屋番号まで、ご記入願います。		
	自宅電話番号 (                    -                    -                    )		

★ 別紙参照(保険証コピー又は下記を記入して下さい。)

【主保険】

保 険 者 コ ー ド		記 号	番 号
法制	保 険 者		
継続	申請中	0. 本人 1. 家族	
		開始	終了
			給付割合

【第2保険・併1】

保 険 者 コ ー ド		記 号	番 号
法制	保 険 者		
継続	申請中	開始	終了
			給付割合

【第2保険・併2】 身体障害者 (                    )級 難病等医療証

保 険 者 コ ー ド		記 号	番 号
法制	保 険 者		
継続	申請中	開始	終了
			給付割合

【介護保険番号 割合等記載して下さい】

保 険 者 コ ー ド		記 号	番 号
法制	保 険 者		
継続	申請中	開始	終了
			給付割合

**地域連携室直通 電話 078-220-0052 FAX 078-224-5242**

【備考】