# しらさぎクリニック　訪問診療利用申込書

年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | 生年月日 | 性別 |
| 患者氏名 | | （大正・昭和・平成・令和）<br>年　　月　　日 | |
| ふりがな | | 駐車場の有無 | |
| 訪問先住所 | （〒　　） | □有（特記事項　　）<br>□無 | |
| かかりつけ<br>歯科クリニック | □しらさぎクリニック　　□他院（名称：　　） | | |
| 通院が難しい<br>理由 | | | |
| 気になる症状 | | | |
| 都合の悪い<br>曜日・時間帯 | | | |
| ふりがな | | 連絡先 | 続柄 |
| 申込者氏名 | | ☎ | |

・現在、病気の治療中ですか？ □はい(病名：　　) □いいえ
・かかりつけの病院、診療所はありますか？
　□ある(名称：　　主治医：　　) □ない
・これまでに大きな病気にかかったことがありますか？
　□ある(病名：　　) □ない
・現在服用中の薬があればご記入ください。　※お薬手帳のコピーをいただきます。

| |
|---|
| |

| | | |
|---|---|---|
| 保険の種類 | □国保　□ 社保　　□後期高齢者　　□生活保護 | |
| 障がい者手帳 | □無　　□身体障害者手帳　　級　　□精神障害者保健福祉手帳　　級<br>療育手帳：□重度A　□中度B（1）□軽度B（2） | |
| 要介護度 | □なし　　□要支援( 1・2 )　　□要介護( 1・2・3・4・5 ) | |
| ケアマネジャー | 事業所名：<br>氏名： | TEL：<br>FAX： |

| | |
|---|---|
| 現在の身体状況 | □自立歩行　□長時間の歩行不可　□杖歩行　□シルバーカー歩行<br>□車イス　　□寝たきり |
| お食事の形態 | □普通食<br>□介護食（軟食・きざみ食・ミキサー食・ソフト食・流動食・ゼリー食）<br>□非経口（胃ろう・経鼻・静脈栄養・その他（　　））） |
| 意思の疎通 | □良好　□やや不良　□不良　□補聴器あり |
| 起き上がり | □良好　□やや不良　□ 不良　活動しやすい時間帯（　　～　　） |
| 口をあける | □良好　□やや不良　□ 不良 |
| うがい | □良好　□やや不良　□不良 |

**ーご記入ありがとうございましたー**

しらさぎクリニック
SHIRASAGI CLINIC


**TEL：079-285-0589**
**FAX：079-285-0523**