

ホームオン・クリニック 診療申込書

平成 年 月 日

顧客氏名	ふりがな			男・女	生年月日	明治 大正 昭和			年 月 日 (歳)
住所	〒	都道府県	区 郡 市	町 大字 村 字	番地 番 号	丁目	番 号		
世帯主	電話			- -			職業		
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他						<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 老人保険	
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済(<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護:1 2 3 4 5)						身障手帳 種 級		
連絡先	(氏名)		(続柄)		(昼間)		(夜間)		
現在の所在	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中 (病院・施設名 号室) <input type="checkbox"/> その他()								
ご利用中、またはご利用予定の訪問看護ステーションはありますか？		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (名称)							
ご利用中、またはご利用予定の居宅介護支援事業所はありますか？		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (名称) 担当ケアマネージャー()							
ご希望の訪問診療回数は？		<input type="checkbox"/> 隔週毎(2週間に1回) <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> それ以上							
居室・病院での日常生活の実行状況	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖・装具) 姿勢・場所・介助内容等	日常生活 実行状況	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖・おむつ等) 姿勢・場所・介助内容等
屋外を歩く				杖・装具:	食事				用具:
屋内を歩く				杖・装具:	排尿				用具: (昼) (夜)
トイレへ歩いて行く				杖・装具:	排便				用具:
トイレへ車椅子で行く				装具:	入浴				姿勢:
ベッド⇄車椅子の移動				装具:	椅子に座っている				装具:
ベッドで起き上がる				装具:	着替え				移動方法・姿勢:
車椅子の利用	<input type="checkbox"/> 室内利用 (<input type="checkbox"/> 自室内 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレに行く) <input type="checkbox"/> 屋外のみ利用 <input type="checkbox"/> 利用しない								
自分の意志の伝達能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 具体的欲求のみ <input type="checkbox"/> 不能								
意志決定能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 不能								
同居家族	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(人) <input type="checkbox"/> 婿 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫(人) <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> 独居								

(該当項目に○印、またはチェックをお願いいたします。不明な個所はスタッフ等と相談しながら、記載してください。)