

# FAX 0532-39-7682

太枠内をご記入のうえ、こちらのファックス番号へ送信ください

申込日 フリガナ 患児氏名 身長・体重	西暦	年	月	日	申込者名	続柄 ( )		
					生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年 (男・女)
					西暦	年	月	日 (歳ヶ月)
cm		Kg		出生時の様子	体重	g	出生週数	週 (アプガースコア / )
訪問先	場所				訪問先名称・住所			
	<input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 施設・ <input type="checkbox"/> 病院				電話番号 自宅： 携帯：			
				駐車スペース：有・無				

今までに指摘された病気があればチェックを入れ、病名を記載してください。

<input type="checkbox"/> 心臓病 ( )	<input type="checkbox"/> 肝臓病 ( )	<input type="checkbox"/> 腎臓病 ( )
<input type="checkbox"/> 肺炎・ <input type="checkbox"/> 喘息 (いつ頃： )	<input type="checkbox"/> てんかん (頻度： )	<input type="checkbox"/> 神経筋疾患 ( )
<input type="checkbox"/> 運動発達の遅れ ( )	その他：	

担当医療コーディネーター		通院中および訪問を依頼している医科病院について		
氏名	高次医療機関名	病院名：	科名：	担当Dr.：
部署・役職名	訪問診療医名	病院名：	科名：	担当Dr.：
電話番号	他医療機関	病院名：	科名：	担当Dr.：
FAX番号		病院名：	科名：	担当Dr.：

以下の質問に該当する項目にチェックを入れてください

お口で気になること			医療的ケアについて		
<input type="checkbox"/> 歯磨き (口腔ケア) の方法	<input type="checkbox"/> 定期検診	<input type="checkbox"/> むし歯	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻・ <input type="checkbox"/> 胃瘻・ <input type="checkbox"/> 腸瘻 )	<input type="checkbox"/> 酸素投与	
<input type="checkbox"/> 歯の生え方	<input type="checkbox"/> 着色・歯石	<input type="checkbox"/> 乳歯の動揺	<input type="checkbox"/> 歯並び	<input type="checkbox"/> 気管切開 ( <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 気管分離 )	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器
<input type="checkbox"/> 食べることにについて	<input type="checkbox"/> 食事内容について	<input type="checkbox"/> 歯ざしり	<input type="checkbox"/> 吸引		
その他 (記載ください) :			その他 (記載ください) :		

身体の状態について					訪問診療開始希望時期	
くびのすわり ( <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可 )		座位保持 ( <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 部分介助、 <input type="checkbox"/> 不可 )			年 月 頃	
食事 ( <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 部分介助・ <input type="checkbox"/> 全介助 )		意思疎通 ( <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可・ <input type="checkbox"/> 困難 : )			歩行 ( <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 部分介助・ <input type="checkbox"/> 不可 )	
他サービスの利用状況		月	火	水	木	金
訪問リハや訪問看護の利用により当院の訪問診療の不可時間がございましたら記入してください。 例) : 9時~10時訪問リハ		午前				
		午後				

以下医院使用欄						
連絡経緯：	<input type="checkbox"/> ケアマネ・ <input type="checkbox"/> 訪問看護・ <input type="checkbox"/> 市職員・ <input type="checkbox"/> 医科・ <input type="checkbox"/> 患家・ <input type="checkbox"/> 通院	紹介者氏名	部署 ( )			
受付日	西暦 年 月 日 AM/PM :	連絡先TEL:	第一対応者			
備考：						

### 《訪問診療当日に準備していただくもの》

- 1) 医療保険証・受給者証
- 2) 処方箋 (お薬手帳)
- 3) 口腔ケア時に使用するコップ2つ
- 4) 普段使用している口腔清掃用グッズ
- 5) 吸引器 (使用しているものがあれば)

訪問診療お申し込みの際は、上記加入のうえ、FAXにて送信をお願い致します。追ってこちらから予約のご連絡をさせていただきます。