

# 幕張クリニック 訪問診療申請書

ID :

年 月 日

|   |   |              |     |            |   |   |   |   |                                     |
|---|---|--------------|-----|------------|---|---|---|---|-------------------------------------|
| フリガナ  |   |              | 性別  | 生年月日       |   |   |   |   |                                     |
| 氏名  |   |              | 男・女 | 明治・大正・昭和   |   |   |   |   |                                     |
| 電話番号  |   |              |     | 年 月 日 ( 歳) |   |   |   |   |                                     |
| 住所  | (〒 - )                                      |              |     |            |   |   |   |   |                                     |
|   | 〔自宅→ 戸建 / 集合住宅・施設入居 →施設名: 駐車場スペース 無・有〔場所⇒〕〕 |              |     |            |   |   |   |   |                                     |
| 家族状況  | 主介護者  |              | 続柄  |            | 電話番号  |   |   |   |                                     |
|   | 同居家族  | 同居 ・ 別居 ⇒住所: |     |            |   |   |   |   |                                     |
| 担当  | 事業所   |              |     |            | 住所  |   |   |   |                                     |
| ケアマネ  | 担当者名  | 電話番号         |     |            |   |   |   |   |                                     |
| 在宅サービス  | 受けていない・①訪問看護・②デイサービス・③訪問入浴・④訪問ヘルパー・⑤その他 ( ) |              |     |            |   |   |   |   |                                     |
|   |   | 月            | 火   | 水          | 木   | 金 | 土 | 日 | 左の表に番号を<br>記入して下さい。<br>※お時間もご記入ください |
|   | AM  |              |     |            |   |   |   |   |                                     |
|   | PM  |              |     |            |   |   |   |   |                                     |
| 訪問看護  | 利用中 ・ 利用していない ・ 導入予定 ・ 現在調整中                |              |     |            |   |   |   |   |                                     |
|   | 事業所:  |              |     |            |   |   |   |   |                                     |
|   | 電話番号:                                       |              |     |            |   |   |   |   |                                     |
| 伝えておきたいこと (宗教的なタブー、習慣、問題点)  |   |              |     |            |   |   |   |   |                                     |
| 処方せん受け取り方法  |   |              |     |            |   |   |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> 郵送 (ご自宅・施設・その他: ) <input type="checkbox"/> 薬局へ郵送 <input type="checkbox"/> 窓口受取(来院日時を都度ご連絡必要) |   |              |     |            |   |   |   |   |                                     |
| 郵送先薬局名:   |   |              |     |            | TEL:  |   |   |   |                                     |
| 住所:   |   |              |     |            | FAX:  |   |   |   |                                     |
| お支払い方法 ※引落のみ  |   |              |     |            | 書類送付先   |   |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> 引落 (口座名義: 本人・ご家族・その他)  |   |              |     |            | <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |   |   |                                     |
| 当院から確認等の連絡先番号 (訪問診療前に確認の電話連絡を致します)  |   |              |     |            |   |   |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他 ( )                           |   |              |     |            |   |   |   |   |                                     |

# 同意書

医療法人社団 邦潤会  
幕張クリニック  
宮本 潤一

幕張クリニックでは、在宅訪問診療を実施するにあたり、下記注意点にご理解  
いただけましたら下記に署名・捺印にてお申し込みをお願い致します。

- ① 訪問診療は月曜(9:30～12:00)・木曜(9:30～12:00)に実施致します。  
(当院休診日以外の祝祭日も訪問診療致します。)
- ② 当日、訪問時間の目安をご連絡致しますので、ご準備してお待ち下さい。お知らせしたお時間にご不在の場合はキャンセルさせていただく場合がございますので必ずご在宅ください。
- ③ 休日・夜間の時間外は留守電にて対応し、当院診療開始時に確認の上  
指示・指導を行います。緊急往診の必要な場合は医師が判断いたします。
- ④ 緊急による往診も行いますが、医師が往診対応出来ない場合は他の医療  
機関に受診していただく場合がございます。その場合、救急車による緊急  
搬送を受けて頂く事もございます。
- ⑤ 訪問診療に係る費用は口座引落でのお支払いになります。
- ⑥ 生活保護を受給されている方も交通費(550円)は実費になります。  
④のとおり口座引落でのお支払いになります。
- ⑦ 管理票をお持ちの患者様は、管理票への負担額記載が必要になりますので、  
訪問診療後なるべく早めに管理票ご持参の上ご来院お願いいたします。  
(代理人可能)
- ⑧ 保険証の確認が必要な場合お知らせします。ご確認出来ない場合は自費での  
ご請求になる場合がございます。
- ⑨ 当院で知り得た医療情報を、患者様の担当ケアマネージャーや調剤薬局、  
当院以外の関係医療機関、指定介護事業所に必要に応じて提供する場合  
がございます。
- ⑩ 医療費のお支払いに支障が生じた場合は、医療サービスを停止する場合が  
ございますことを了承願います。

年 月 日

【患者様】

氏名

㊞

【代理人様】 患者様とのご関係( )

氏名

㊞