

# 訪問診療ご希望の患者様へ

お申込み前にご確認お願いいたします。

- 訪問診療で対応できない検査については、来院していただく場合があります。  
検査頻度の目安・・・年1～2回(認知機能検査やCT検査…)
- 料金の目安 (例) 訪問診療料 月2回 6,000円程度 + 処置料 (必要に応じて)  
※訪問回数、訪問先や負担割合、診療内容等によってご負担額は異なります。  
※交通費は頂きません。
- お申込み後1度往診に伺い、訪問での対応が可能か判断させていただきます。
- 基本的に月2回、定期的にお伺いします。  
病状が安定している場合は、医師の判断により月1回となることがあります。
- 日程は事前にご都合をお伺いし、当院で決めさせていただきます。  
※他の患者様との兼ね合いがありますので、訪問日の指定は対応出来かねます。
- 訪問診療は実施曜日が決まっております。また臨時変更となる可能性がありますので予めご了承ください。

## お申し込みの流れ

- ①申込書、同意書、口座引落申請書(予備含め2枚)をご記入ください
- ②郵送またはわかば宮本医院の窓口までご持参ください
- ③書類を確認させていただき、往診日程を調整いたします。(概ね1ヶ月以内)
- ④初回往診でお伺いし、訪問対応可否の判断と、以降の訪問計画を作成します。

※公費の自己負担上限額管理票(手帳)をお持ちの場合は、毎月月末までにご持参ください。  
その他ご不明点ございましたら、お気軽にお問い合わせください。

### 【書類郵送先】

〒264-0025 千葉市若葉区都賀 2-14-3

邦潤会 在宅医療部(わかば宮本医院内)宛

受付電話番号: 043-232-5511



総合診療・訪問診療・認知症診療

医療法人社団 邦潤会

**わかば宮本医院**

# わかば宮本医院 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・平成	年	月	日( 歳)		
住所	〒 - 戸建 ・ 集合住宅 ・ 施設等 (名称: _____)								
電話番号				駐車場所					
同居人	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )								
ご連絡先	フリガナ 氏名	続柄	住所				電話番号		
	主)								
	副)								
担当	事業所名				所在地				
ケアマネ	氏名				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 ( _____ )								
	右の表に番号を 記入して下さい ※お時間をご記入下さい		月	火	水	木	金	土	日
		AM							
PM									
訪問看護	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用検討中 <input type="checkbox"/> 申し込み中								
	事業所名				所在地				
	氏名				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)									
処方箋 について	<input type="checkbox"/> 当院窓口で受取 <input type="checkbox"/> 郵送【 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> その他( _____ )】								
	※薬局へ郵送の場合：訪問薬剤管理の利用【 <input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> 申込済み <input type="checkbox"/> 申し込み検討中】								
	薬局名				所在地	〒 -			
	FAX番号				電話番号				
計画書・請求書送付先		<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )							
引落口座の名義人		<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )							
訪問当日の到着時間連絡		<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  
わかば宮本医院

当院の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1～2回以上、計画的に実施致します。  
※祝祭日の場合も訪問診療致します。  
※診療体制変更に伴い、訪問日程が変更になる場合があります。その場合は事前にお知らせいたします。
- ② 訪問日時の指定や、訪問医師の指名はできませんのでご了承下さい。
- ③ 訪問時は出来る限りご家族様などにご同席いただけますようお願い致します。
- ④ 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。
- ⑤ 24時間連絡が取れる体制にしています。時間外は一旦留守電にメッセージを残してください。  
医師の判断により臨時訪問看護の指示や、往診などの対応をすることがあります。  
◇外来受付時間(月～土曜日、8:30～17:00) わかば宮本医院 043-232-5511  
◇上記以外 時間外留守番電話 090-4930-5511
- ⑥ 緊急時は救急(119)へのご連絡をお願い致します。
- ⑦ 訪問診療費のお支払いは口座引落になります。残高不足にご注意ください。
- ⑧ 交通費は戴きません。
- ⑨ 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。
- ⑩ 自己負担上限額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)
- ⑪ 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。
- ⑫ 当院で知り得た医療情報は、必要に応じて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、指定介護事業所に提供する場合がございます。
- ⑬ 入院・退院の場合は必ずご報告お願い致します。

年 月 日

【患者様】

氏名

印

【代理人様】 患者様とのご関係( )

氏名

印

委託者コード	区分
3 1 5 4 4 8	0 0

顧 客 番 号											
0	3	1	5	4	4	0	0	0	0	0	0

委託者名等	わかば宮本医院
料金の種類等	診療費等

(フリガナ)	
契約者名	
ご住所	〒  TEL - -

## アプラス預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収・加)

収納企業 株式会社 アプラス 私は、左記の収納企業から請求された金額を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。(ゆうちょ銀行は除く)

ゆうちょ銀行				ゆうちょ銀行以外の金融機関			
種目コード	種別コード	払込先加入者名	株式会社 アプラス	金融機関コード		支店コード	
166	34	払込先口座番号	00920-6-15030	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 出張所 御中	
通帳記号 <small>(6桁目がある場合は※欄にご記入ください)</small>		通帳番号 <small>(右からつめてご記入ください)</small>		預金種別		口座番号 <small>(右からつめてご記入ください)</small>	
1 0※				1 普通 (総合口座) 2 当座			
フリガナ				金融機関 お届け印	振替日・払込日		
口座名義人				印	アプラスの指定する日 27日 (非営業日の場合は翌営業日)		

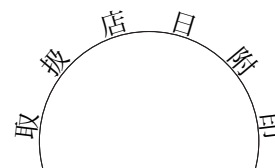
※ゆうちょ銀行以外の金融機関又はゆうちょ銀行のどちらか一方に記入してください。

### 預金口座振替規定 (ゆうちょ銀行は除く)

1. 貴行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ、お支払いください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻し請求書の提出、または小切手の振出しはいたしません。
  2. 振替日において、請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む)を超えるときは、私に通知することなく、請求書を返却しても差し支えありません。また、指定日以降に再度振替えられても異議はございません。
  3. この契約を解約するときは、私から貴行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま、長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、特に申出がない限り、貴行はこの契約が終了したものとして、お取扱いいただいても差し支えありません。
  4. 振替日に変更された場合には、請求書に記載された日をもって処理されても異議はございません。
  5. 上記顧客番号につき、別番号の追加利用、または変更があっても本書は有効とお取扱いいただいても差し支えありません。
  6. この預金口座振替について、かりに紛議が生じても貴行の責めによる場合を除き、貴行にはご迷惑をおかけいたしません。
- 振替日(払込日) 株式会社 アプラスの指定する日(非営業日の場合は翌営業日)  
振替開始日(払込開始日) 株式会社 アプラス及び関係金融機関の事務手続完了次第

不備がありましたら、下記該当箇所に○印をつけ、至急アプラスにご返送ください。

金融機関記入欄	1. 印鑑相違	6. 預金取引なし	検 印	印鑑照合	受付印
	2. 印鑑不鮮明	7. 支店名相違			
	3. 預金種目相違	8. その他			
	4. 口座番号相違 ( )				
	5. 名義人相違				



※ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

不備返却先 〒556-8535 大阪市浪速区湊町一丁目2番3号 マルイト難波ビル17階  
株式会社アプラス オペレーションセンター 口座振替係

捨印

(ゆうちょ銀行は除く)

委託者コード	区分
3 1 5 4 4 8	0 0

顧 客 番 号											
0	3	1	5	4	4	0	0	0	0	0	0

委託者名等	わかば宮本医院
料金の種類等	診療費等

(フリガナ)	
契約者名	
ご住所	〒  TEL - -

## アプラス預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収・加)

収納企業 株式会社 アプラス 私は、左記の収納企業から請求された金額を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。(ゆうちょ銀行は除く)

ゆうちょ銀行				ゆうちょ銀行以外の金融機関			
種目コード	種別コード	払込先加入者名	株式会社 アプラス	金融機関コード		支店コード	
166	34	払込先口座番号	00920-6-15030	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 出張所 御中	
通帳記号 <small>(6桁目がある場合は※欄にご記入ください)</small>		通帳番号 <small>(右からつめてご記入ください)</small>		預金種別		口座番号 <small>(右からつめてご記入ください)</small>	
1 0※				1 普通 (総合口座) 2 当座			
フリガナ				金融機関 お届け印	振替日・払込日		
口座名義人				印	アプラスの指定する日 27日 (非営業日の場合は翌営業日)		

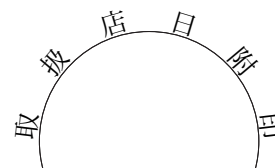
※ゆうちょ銀行以外の金融機関又はゆうちょ銀行のどちらか一方に記入してください。

### 預金口座振替規定 (ゆうちょ銀行は除く)

1. 貴行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ、お支払いください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻し請求書の提出、または小切手の振出しはいたしません。
  2. 振替日において、請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む)を超えるときは、私に通知することなく、請求書を返却しても差し支えありません。また、指定日以降に再度振替えられても異議はございません。
  3. この契約を解約するときは、私から貴行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま、長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、特に申出がない限り、貴行はこの契約が終了したものとして、お取扱いいただいても差し支えありません。
  4. 振替日に変更された場合には、請求書に記載された日をもって処理されても異議はございません。
  5. 上記顧客番号につき、別番号の追加利用、または変更があっても本書は有効とお取扱いいただいても差し支えありません。
  6. この預金口座振替について、かりに紛議が生じても貴行の責めによる場合を除き、貴行にはご迷惑をおかけいたしません。
- 振替日(払込日) 株式会社 アプラスの指定する日(非営業日の場合は翌営業日)  
振替開始日(払込開始日) 株式会社 アプラス及び関係金融機関の事務手続完了次第

不備がありましたら、下記該当箇所に○印をつけ、至急アプラスにご返送ください。

金融機関記入欄	1. 印鑑相違	6. 預金取引なし	検 印	印鑑照合	受付印
	2. 印鑑不鮮明	7. 支店名相違			
	3. 預金種目相違	8. その他			
	4. 口座番号相違 ( )				
	5. 名義人相違				



※ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

不備返却先 〒556-8535 大阪市浪速区湊町一丁目2番3号 マルイト難波ビル17階  
株式会社アプラス オペレーションセンター 口座振替係

捨印

(ゆうちょ銀行は除く)

2013年 1月 1日

# ※ 記入例

顧客番号  
000000000000007

委託者名等	株式会社●●●●●	・委託者様にて顧客番号を記入してください!
料金の種類等	●●代金等	

(フリガナ)	アプラス タロウ
契約者名	アプラス 太郎 <span style="background-color: yellow;">★訪問診療を受けられる患者様のお名前をご記入下さい。</span>
ご住所	〒162-×××× 東京都新宿区新小川町○-△ Tel 03 - 1234 - ××××

## ※「ゆうちょ銀行」・「ゆうちょ銀行以外の金融機関」いずれかにご記入ください

収納企業 株式会社 アプラス

私は、左記の収納企業から請求された金額を私右欄の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。(ゆうちょ銀行は除く)

ゆうちょ銀行				ゆうちょ銀行以外の金融機関			
種目コード	種別コード	払込先加入者名	株式会社 アプラス	金融機関コード	0001	支店コード	240
166	34	払込先口座番号	00920-6-15030	みずほ	銀行	新宿	本支店
通帳記号		通帳番号 (右からつめてご記入ください)		預金種別		口座番号 (右からつめてご記入ください)	
1 0*				1 普通 (総合口座) 2 当座		1 2 3 4 5 6 7	
フリガナ	アプラス ハナコ			金融機関お届出印		振替日・払込日	
口座名義人	アプラス 花子 <span style="background-color: yellow;">★ご本人ではなく、ご家族様の口座でも可能です</span>			アプラス		アプラスの指定する日 27日 (非営業日の場合は翌営業日)	

※ゆうちょ銀行以外の金融機関又はゆうちょ銀行のどちらか一方に記入してください。

### 預金口座振替規定 (ゆうちょ銀行は除く)

- 貴行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ、お支払いください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻し請求書の提出、または小切手の振出しはいたしません。
- 振替日において、請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額 (当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む) を超えるときは、私に通知してください。

## ※金融機関お届出印を押印ください (ゆうちょ銀行を指定の場合は捨印は不要)

- この預金口座振替について、かりに紛議が生じても貴行の責めによる場合を除き、貴行にはご迷惑をおかけいたしません。
- 振替日 (払込日) 株式会社 アプラスの指定する日 (非営業日の場合は翌営業日)  
振替開始日 (払込開始日) 株式会社 アプラス及び関係金融機関の事務手続完了次第

不備がありましたら、下記該当箇所○印をつけ、至急アプラスにご返送ください。

金融機関記入欄	1. 印鑑相違	6. 預金取引なし	検印	印鑑照合	受付印
	2. 印鑑不鮮明	7. 支店名相違			
	3. 預金種目相違	8. その他			
	4. 口座番号相違	( )			
	5. 名義人相違				

※ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

不備返却先 〒556-8535 大阪市浪速区湊町一丁目2番3号 マルイト難波ビル17階  
株式会社アプラス オペレーションセンター 口座振替係



★捨印を忘れずに押印下さい

(ゆうちょ銀行は除く)