

新規患者様用 訪問診療依頼

訪問診療をご希望の方は、ご記入していただき、お伝えする FAX 番号へ FAX して下さい。
折り返し、当院よりご連絡させていただきます。

依頼者情報

申込日 年 月 日

ご連絡者氏名
本人との関係 所属機関（病院名など） <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人
電話番号
携帯電話

患者情報

病名
症状 特別な医療管理（気管切開・酸素・バルンなど）
ふりがな 患者氏名
生年月日 年 月 日 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所 〒 訪問先
ご家族の連絡先
現在の生活状況 <input type="checkbox"/> 自宅 【かかりつけ医： 担当医師】 <input type="checkbox"/> 入院中【 病院 科 担当医師】 【退院予定日 年 月 日 頃】 <input type="checkbox"/> その他
介護保険証 <input type="checkbox"/> あり 【要介護度】 <input type="checkbox"/> なし ケアマネージャー 【】
訪問看護の利用 <input type="checkbox"/> 有り【ステーション名】 <input type="checkbox"/> 無し
紹介状 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 依頼済み

※お住まいの地域や病状また、現在の患者様の受け入れ状況等により、お受けできない場合もございますので、ご了承ください。FAX 受診後、当クリニックよりご連絡差し上げます。

★クリニック記入欄（こちらは記入しないで下さい）★

面談日： 年 月 日（ ）： 、初回訪問日： 年 月 日（ ）：

備考：