

訪問診療相談書

分かる範囲でご記入ください ※印の事項は記載をお願いします。 申込日 年 月 日

※ ご記入者(所属先・氏名)

※ ご記入者連絡先 電話:() —

※ フリガナ 患者さま氏名	(男 / 女)	※ 生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
※ ご住所	〒		※ 電話番号 () —
家族構成	1. 独居 → 主な介護者 : ご家族様お住まい(地域): 2. 同居 → 主な介護者 :		
医療保険	国保 / 社保 / 高齢 (1 割 ・ 3 割) / 後高 (1 割 ・ 3 割) / 生保		
公費	難病 / 心身障害者 / 自立支援 / その他公費 ()		
介護保険	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) を取得済 ・ 申請中 ・ 申請予定 / 自立		
ケアマネージャー	(有 / 無) 事業所名 :	担当者名 : 連絡先:() —	
訪問看護	(現在利用中 / 利用予定あり) 事業所名 :	担当者名 : 連絡先:() —	

現在の状況について

傷病名			
現在の病院	(入院 / 通院) 医療機関名 :	診療科 : 主治医 :	科 先生
これまでの経過・既往歴など簡単にご記載ください			
既往歴 :			
医療機器 : 在宅酸素 ・ 人工呼吸 ・ 気切チューブ ・ 胃ろう ・ 膀胱カテーテル ・ 中心静脈栄養 ・ その他 ()			

ご記入ありがとうございました。下記までFAXで送信ください。
折り返し担当者よりご連絡を差し上げます。

FAX : 06-6629-8853