

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
※ ご住所	〒 （ ） —	※ 電話番号	
家族構成	1. 独居 → 主な介護者： 2. 同居 → 主な介護者：	ご家族様お住まい(地域)：	
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でご送信ください。
折り返し担当者よりご連絡を差し上げます。

FAX : 06-6629-8853