

★一部、相談員が委任を受けて加筆する場合があります

※申込日: 平成 年 月 日 受付担当者()

※ご相談者のお名前 様 続柄 ※連絡先電話番号

※往診依頼理由 (現在、お困りの内容等を記入してください)

訪問診療を受けるかたについて

※お名前	ふりがな		様		男・女		
※生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	歳		
※ご住所	駐車スペース 無・有 [場所 ⇒]						
※電話番号	自宅				その他		
※現在の状況	自宅・入院(病院		科 担当医師名)		
※病名・既往歴							
※経緯・状況							
内服薬	残薬	日分	【内容】*わかる範囲で				
医療保険	1割・3割		限度額申請: 有・無		公費: 有・無		
介護認定	なし・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中・区分変更中						
担当ケアマネジャー	事業所・担当者名				TEL		
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
	AM						
	PM						
伝えておきたいこと	(宗教的なタブー、習慣など)						
※主介護者名	様	続柄			連絡先		
	同居・別居(住所)						

当院記入欄

初回面談日(担当者:) 初回往診日()

★ 往診開始に伴いご記入いただいた情報の他に診療情報提供書、内服薬剤情報等が必要となる場合がございます。
★ ご記入頂きました個人情報は、本来の目的以外には利用・使用いたしません。