

F A X 0172 - 55 - 7709

1 患者様について

お名前		性別	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
							(歳)
現住所	〒				電話番号	—	—	
ご家族 (介護者) の名前				続柄		—	—	
ご家族 (介護者) の住所	〒				ご家族 (介護者) の電話番号	—	—	
同居の場合は「同上」で結構です								

2 現在の様子

かかりつけ医	外来通院中 入院中 往診を受けている かかりつけ医がない									
医療機関名 :										
病名										
医療処置 内容	栄養	中心静脈栄養	経管栄養	胃ろう造設	その他 ()					
	排泄	バルンカテーテル	自己導尿	人工肛門	膀胱ろう・腎ろう					
	呼吸	喀痰吸引	在宅酸素	気管切開	人工呼吸器					
	その他	褥瘡	インスリン	ペースメーカー	その他 ()					
緊急性	無 ・ 有	(有の場合は理由を書いてください)								
訪問診療希望の理由										
医療保険証	国保	後期高齢者	社保本人	社保家族	障がい	生保				
介護 保険証	未申請	申請中	非該当	要支援 1	2	要介護 1	2	3	4	5
	ケアマネジャー		名前	居宅介護支援事業所						

3 紹介者 (この用紙を書いて頂いているのが、ご家族でない場合)

名前		電話番号	
施設名・事業所名等		職種	

4 伝えておきたいこと (いま困っていることはありませんか?)

--

※折り返し連絡を差し上げます。連絡先が記入されていることを今一度ご確認ください。