

たま日吉台病院 訪問診療新規依頼書

記入者	【氏名】 <small>※事業者の方のみ (職種:)</small>	記入日	令和	年	月	日
	【機関名】	【TEL】	-	-		
フリガナ 患者氏名	生年月日	T・S・H	年	月	日	(歳)
	性別	男・女				
住所	〒		【家族構成】			
TEL	-					
キーパーソン ・連絡先	(関係:)					
	【TEL】	-				
病名	(年 月 頃)	既往歴	(年 月 頃)			
	(年 月 頃)		(年 月 頃)			
	(年 月 頃)		(年 月 頃)			
	(年 月 頃)		(年 月 頃)			
現況・ 申込理由	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> その他 / 病院・施設名 ()					
現在の主治医	【医療機関名】	/	科	【医師名】		
かかりつけ薬局	【店舗名】	【TEL】	-	-		
保険等	【医療保険】 国保・後期・社保・共済・その他 ()					
	【障害医療証】 有・無 【公費保険証】 有・無 【難病医療証】 有・無 【生活保護受給】 有・無					
介護区分	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 / 申請中 (月 日調査済み) / 未申請					
ケアマネジャー	【事業所名】	【担当】	【TEL】	-	-	
訪問看護	【事業所名】	【TEL】	-	-		
その他 記入欄	(ご本人またはご家族の意向、相談、連絡事項等がありましたらご記入ください)					

※個人情報保護のため、本依頼書は必ず郵送または持参にてお送りください。メール・FAXでの送付はご遠慮ください。

※確認後、担当よりご連絡いたします。お急ぎの場合は、在宅支援室へお電話にてご連絡ください。(TEL 044-955-4901)