

訪問診療相談・申込票

・以下各欄にご記入の上、FAX送信してください。クリニック担当者から、お受入れの可否等について折り返しお電話いたします。(月～金は当日中又は翌日午前中に、土日祝・休診日は翌平日にお電話いたします)
 ・ご不明部分等は記入省略可能ですが、※欄の記入は必須です。
 ・FAX送信の際は、個人情報の取扱いにご配慮願います。ご記入が心配な箇所は、お電話の際にお知らせいただくことも可能です。

記入日： 年 月 日

ご依頼元について	※事業所名		
	※ご担当者名	様	
	※電話番号	()	-
患者様について	フリガナ		
	患者様名	様 (歳)	
	※ご年齢		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	男・女
	※ご住所 (町名まで必須)	横浜市 区	
	電話番号	()	-
	キーパーソン	続柄: 電話番号: () -	
	※主病名・ 医療処置等	主病名: (告知 済・未) 今後の通院予定(有・無)(病院)	
	現在の居場所	在宅・その他() 入院中(病院) 退院予定日(/ ・未定)	
	今後の方針	未定・在宅看取り・入院・施設	
	介護保険	未申請・申請中・要支援()・要介護()・区変中	
	ADL	自立・見守り・一部介助・全介助	
訪問看護 ステーション様	有・無	事業所名: 様	ご担当: 様
ケアマネージャー様	有・無	事業所名: 様	ご担当: 様
その他 ご相談事項 特記事項			