ゆう在宅クリニック　在宅医療相談室宛

FAX：045－620－5193

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～金は当日又は翌日中に、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 ※ご年齢	様（　　歳）
	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：　　ご担当：　　様
ケアマネージャー様	有・無	事業所名：　　ご担当：　　様
その他 ご相談事項 特記事項		