

訪問診療依頼票 (病院様、事業所様用)

※：必須でお願いします。

※ご依頼者様	様		
※病院・事業所名		※職種・部署名	
※ご連絡先			

患者様の情報

※氏名 (イニシャルでも可)		男・女	※年齢	歳
※住所	緑区・都筑区 青葉区・港北区・神奈川区・保土ヶ谷区 町 その他 ()			
家族構成 (続柄で)	() 独居 () 同居 ()			
	キーパーソンの方			
	別居の家族 ()			
※主病名				
※現在の状況	() 自宅 通院中の病院：() 無・() 有 () () 入院中 () 病院 科, 退院予定 月 日 ()			
医療機器	() CVポート () 経管栄養 () 胃瘻 () ストーマ () 導尿 () 在宅酸素 () 気管切開 () 人工呼吸 その他 ()			
訪問診療を希望した経緯				
ケアマネージャー	() 無 () 有 事業所 () , 連絡先 ()			
訪問看護	() 無 () 有 事業所 () , 連絡先 ()			
医療保険	割	公費負担医療	() 無・() 有 (障害, 難病, 生保, 他 ())	
介護保険	割	介護度	要介護 () 要支援 ()	
備考	お急ぎの場合等ありましたらお書きください			

お問い合わせありがとうございます。

当シートをFAX、またはアドレスに送付お願いいたします。

書類を確認後、当クリニックよりご依頼者様へご連絡させていただきます。

よこはまあおとクリニック

t e l : 045-482-7567

f a x : 045-482-7577

アドレス : yokohamaaoto+irai@gmail.com