

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・旭区 青葉区・港北区・神奈川区・保土ヶ谷区・瀬谷区 その他 ( )			町
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 ( ) 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