

訪問診療相談書

分かる範囲でご記入ください。

申込日 年 月 日

※ご記入者(所属先・氏名)

※ご記入者連絡先 電話:() -

※フリガナ 患者さま氏名	(男 / 女)	※生年月日	M・T・S・H
※ ご住所	〒	※電話番号	
家族構成	1. 独居 →主な介護者: 2. 同居 →主な介護者:	ご家族様お住まい(地域):	

医療保険	国保 / 社保 / 高齢(2割・3割) / 後期高齢(1割・2割・3割) / 生活保護
公費	難病 / 心身障害者 / 自立支援 / その他()
介護保険	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中 申請予定 自立
ケアマネージャー	(有/無) 担当者名: 事業所名: 連絡先: () -
訪問看護	(現在利用中 / 利用予定あり) 担当者名: 事業所名: 連絡先: () -

現在の状況について

傷病名	
現在の病院	(入院 / 通院) 診療科: 科 医療機関名: 主治医: 先生

これまでの経過・既往歴など簡単にご記載ください。

既往歴 :

医療機器 : 在宅酸素・人工呼吸・気切チューブ・胃ろう・膀胱カテーテル・中心静脈栄養・その他()

ご記入ありがとうございました。下記までFAXでご送信ください。

折り返し担当者よりご連絡をさせていただきます。

(3営業日経っても連絡がない場合はFAX不着の可能性もありますので、一度ご連絡ください。)

〒550-0006大阪市西区江之子島1-6-5
エアフォルク阿波座ビル10F

いるか訪問クリニック

FAX : 06-6147-9756

TEL: 06-6147-9755