

# 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 年 月 日
※ご住所	〒		※電話番号 ( ) -
家族構成	1. 独居 → 主な介護者: ご家族様お住まい(地域): 2. 同居 → 主な介護者:		

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 ) 医療機関名:	診療科: 科 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