

くじら在宅クリニック 行 FAX : 03-5955-7211

訪問診療依頼書

令和 年 月 日

訪問診療を円滑に開始するために下記の内容についてご記入をお願いしています。

現時点でわかる範囲で構いません。ご協力ありがとうございます。

【氏名】 カナ 様 【生年月日】 大・昭・平 年 月 日生	【年齢】 歳 【性別】 男・女	【介護認定】 有・無・申請中 【介護度】 支・介 (1・2・3・4・5)
【住所】 (入院中・自宅・施設入居) 〒	【電話番号】 【駐車スペース】 有 ・ 無	
【医療保険情報】 保険証番号 : _____ 負担割合証 : _____ 割 【公費の有無】 (生活保護 ・ 医療費助成 ・ 障害者手帳 ・ 限度額適用認定証) 持っているものに○をご記入ください。		
【ケアマネージャー】 施設名 : _____ TEL : _____ ご担当 : _____ FAX : _____	【訪問看護】 利用中・利用していない・調整中 事業名 : _____ TEL : _____ FAX : _____	
【かかりつけの病院】 病院 科 先生 病院 科 先生		
【病名】 【これまでの経緯・現在の状況】 【家族背景・キーパーソン】 【ご本人・ご家族の要望】		
【ご連絡事項】 その他、連絡事項がありましたらご記入ください。		