

おだやか診療所 行 (FAX 03-6451-7693)

分かる範囲でご記入ください ※印はなるべくご記入ください

※申込日: 平成 年 月 日

※ご相談者のお名前 _____ 様 続柄 _____ ※連絡先電話番号 _____

※往診依頼理由 (現在、お困りの内容等を記入してください)

訪問診療を受けるかたについて

※お名前	ふりがな _____ 様	男・女
※生年月日	明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	歳
※ご住所	_____ 駐車スペース 無・有 [場所 ⇒ _____]	
※電話番号	自宅 _____	その他 _____
※現在の状況	自宅・入院(_____ 病院 _____ 科 担当医師名 _____)	
※病名・既往歴	_____	
※経緯・状況	_____	
内服薬	残薬 _____ 日分	【内容】*わかる範囲で _____
医療保険	1割・3割	限度額申請: 有・無 _____ 公費: 有・無 _____
介護認定	なし・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中・区分変更中	
担当ケアマネジャー	事業所・担当者名 _____	TEL _____
在宅サービス	受けていない・①訪問看護・②デイサービス・③訪問入浴・④訪問ヘルパー・⑤その他(_____)	
		月 火 水 木 金 土 日
	AM _____	PM _____
伝えておきたいこと	(宗教的なタブー、習慣など) _____	
※主介護者名	_____ 様 続柄 _____	連絡先 _____
	同居・別居(住所 _____)	

おだやか診療所

TEL: 03-6451-7692 FAX: 03-6451-7693