

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

一部、相談員が委任を受けて加筆する場合があります

申込日: 平成 年 月 日 受付担当者()

ご相談者のお名前 様 続柄 連絡先電話番号
(医療機関・事業所名、部署名)

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・訪問看護・デイサービス・訪問入浴・訪問ヘルパー・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)							

当院記入欄

初回面談日(担当者:) 初回往診日()

往診開始に伴いご記入いただいた情報の他に診療情報提供書、内服薬剤情報等が必要となる場合がございます。ご記入頂きました個人情報、本来の目的以外には利用・使用いたしません。