

訪問診療申込書

申込日 平成 年 月 日

申込書記入者のお名前 _____ 様
 患者さんとの続柄 _____ 連絡先電話番号 _____

訪問診療を受けたい一番の理由をご記入ください。

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 | 〒 | |
| 電 話 番 号 | 自宅 | その他 |
| 介 護 認 定 | なし ・ 支援1・支援2・要介護 1・2・3・4・5 | |
| 担当ケアマネジャー | いない ・ 事業所名 ケアマネジャー名 | TEL |
| 在宅サービス | 受けていない ・ ヘルパー・看護師・マッサージ・入浴 その他 () | |
| かかりつけ薬局 | ない ・ ある (薬局名) | |
| 診察代の請求書 | ①自宅へ郵送または持参 ②自宅以外へ送付 (宛先) | |

ご家族の状況 (患者様の介護を行っている中心なかたを○で囲んでください。)

| | | |
|---------------|----------|-----|
| 同居の方のお名前 (続柄) | | |
| 緊急連絡先 1 | お名前 (続柄) | TEL |
| 緊急連絡先 2 | お名前 (続柄) | TEL |

医療法人社団史世会 町田胃腸病院