

訪問診療相談申込シート

FAX : 027-230-1118 まえばし在宅クリニック 宛

《患者情報》

令和 年 月 日

| | | |
|---|---|---------------|
| ふりがな 氏名 | | 男 女 |
| 住所 | 〒 - 市 | 生年月日 年 月 日 |
| 連絡先 | 自宅 - - | 携帯 - - |
| 同居者 | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 () <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 現在の状況 | 自宅 ・ 施設 ・ その他 () <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定) <input type="checkbox"/> 外来通院(次回診察日) | |
| 主治医 | 病院・クリニック 科 先生 | |
| 病名 | | |
| 病状・経緯 [いつ頃から 手術歴 通院状況 など] | | |
| 介護認定 | なし ・ 申請中 ・ 要支援 1・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 担当者 | |

《相談者・主介護者 (キーパーソン)》

| | |
|-----|-------------|
| 氏名 | (続柄) |
| 連絡先 | (同居 ・ 別居) |

※ つながりやすい時間帯があればご記入下さい (時頃)