

訪問診療相談申込シート

FAX (番号はお問い合わせください) **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)