

訪問診療相談書

分かる範囲でご記入ください

申込日 年 月 日

※ ご記入者(所属先・氏名)

※ ご記入者連絡先

電話:() —

※ フリガナ 患者さま氏名	(男 / 女)	※ 生年月日	M・T・S・H
			年 月 日
※ ご住所	〒	※ 電話番号	
		() —	
家族構成	1. 独居 → 主な介護者 :		ご家族様お住まい(地域):
	2. 同居 → 主な介護者 :		

医療保険	国保 / 社保 / 高齢(1割・3割) / 後高(1割・3割) / 生保			
公費	難病 / 心身障害者 / 自立支援 / その他公費()			
介護保険	要支援(1・2)	要介護(1・2・3・4・5)	申請中	申請予定 自立
ケアマネージャー	(有 / 無)	担当者名:		
	事業所名:	連絡先:() —		
訪問看護	(現在利用中 / 利用予定あり)	担当者名:		
	事業所名:	連絡先:() —		

現在の状況について

傷病名			
現在の病院	(入院 / 通院)	診療科:	科
	医療機関名:	主治医:	先生
これまでの経過・既往歴など簡単にご記載ください			
既往歴:			
医療機器: 在宅酸素・人工呼吸・気切チューブ・胃ろう・膀胱カテーテル・中心静脈栄養・その他()			

ご記入ありがとうございました。下記までFAXでご送信ください。
折り返し担当者よりご連絡を差し上げます。

〒552-0004
大阪市港区夕風2丁目16-9 ABMポートビル4F-B

かもめクリニック

FAX : 06-4301-7872