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（2割・3割）/ 後期高齢（1割　・2割　・3割）/ 生活保護
公費	難病　/　心身障害者　/　自立支援　/　その他（　　）
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させていただきます。
（3営業日経っても連絡がない場合はFAX不着の可能性もありますので、一度ご連絡ください。）

〒550-0006大阪市西区江之子島1-6-5
エアフォルク阿波座ビル10F
かもめクリニック第3

FAX : 06-6147-9756
TEL: 06-6147-9755