

ささえ在宅クリニック 診療申込書

TEL:078-798-7172 FAX:078-798-7173

※当院では現在、「ご自宅」での診療を希望される方のみ受付しております。

■依頼者

氏名:	所属:	連絡先:
-----	-----	------

■患者様情報

フリガナ		男・女	生年月日		歳
氏名			自宅TEL:	携帯:	
住所	〒				

■キーパーソン情報

フリガナ		続柄	連絡先①
氏名			連絡先②
別居の場合の住所: 〒			

■病名[かかりつけ医療機関]

--

■病歴(訪問診療目的)

--

■癌の場合

病名告知	本人(有・無) 家族(有・無)	余命告知	本人(有・無) 家族(有・無)	治療(継続・終了)
------	-----------------	------	-----------------	-----------

■必要医療物品等(在宅酸素、カテーテル、栄養剤等)

■医療保険等

医療保険 後期高齢者(1割・2割・3割) 国保(1割・2割・3割) 社保(1割・2割・3割)

公費 無 有 (詳細: \_\_\_\_\_)

生活保護 医療扶助申請

介護保険 要支援: 1・2 要介護: 1・2・3・4・5 未申請・区分変更中

ケアマネジャー 事業所名: \_\_\_\_\_ 担当者名: \_\_\_\_\_  
 電話番号: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

訪問看護ステーション 事業所名: \_\_\_\_\_ 担当者名: \_\_\_\_\_  
 電話番号: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

デイサービス等 事業所名: \_\_\_\_\_ 担当者名: \_\_\_\_\_  
 電話番号: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

■希望日

診療開始希望日:

診療できない曜日:

---