

日扇会第一病院 訪問診療 申込書

FAX:03-3718-7275

申込日 _____

◆ご担当者様情報

氏名		職種	
医療機関・事業所名		電話番号	

◆訪問診療を希望する方について

お名前		男・女		生年月日	
ご住所	〒 _____				
電話番号			携帯電話		
キーパーソン		続柄		同居・別居	連絡先
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中（ _____ 病院） <input type="checkbox"/> 施設（ _____ ）				
主な病名					
既往歴					
希望導入時期	<input type="checkbox"/> できるだけ早急 <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 退院次第				
経過					

◆介護保険情報

介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援（ _____ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ _____ ） <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中				
負担割合	_____ 割				

◆介護支援相談員

事業所		電話番号	
担当者		FAX	

◆在宅サービス

訪問看護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（事業所： _____ 連絡先： _____ ）		
備考	※医療的処置が必要な場合も概要をこちらに記載してください。		