

訪問診療相談・申込書

訪問診療についてご相談されたい方、あるいは訪問診療をお申し込みになりたい方には、院内での診療態勢やスケジュールの調整のため、あらかじめ以下の事項についてお知らせいただいております。

記入日 令和 年 月 日

相談者(連絡をくれた方) 氏名		様	
患者さんとの関係		ご本人・ご家族()・ケアマネ・訪問看護・その他()	
所属および連絡先電話番号		TEL ()	
ふりがな		性別	
患者氏名	様	男・女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生		
住所 (訪問先)		電話番号	()
キーパーソン	様	患者さんとの関係	
介護保険	未申請・非該当・要支援()・要介護()		
介護環境および利用している介護サービス	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者の介護 <input type="checkbox"/> その他家族の介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ(頻度:) <input type="checkbox"/> その他()		
施設入所	<input type="checkbox"/> 申請済(入居の順番待ち) <input type="checkbox"/> 入所を検討中 <input type="checkbox"/> 在宅を希望		
現在通院している医療機関			
<input type="checkbox"/> 転医希望 <input type="checkbox"/> 併診希望			
主病名および状況・医療機器など		*医療機関からの紹介状があれば添付して下さい。	
在宅療養における問題点			
訪問看護の導入			
<input type="checkbox"/> すでに導入している <input type="checkbox"/> 導入を希望する <input type="checkbox"/> 特に希望しない			
訪問の日時に関してのご要望			
その他特記事項			

医療法人社団誠津会 はるかぜ診療所

住所:千葉県四街道市大日 549-1 C&M モール 1 階

TEL:043(304)3036 FAX:043(304)3037