



訪問診療申込書

かがみとつかクリニック宛 FAX：045-862-3329 TEL：045-862-3330

<申込者>

申込日 年 月 日

医療機関・事業所名： _____

部署： _____ ご担当者： _____

TEL： _____ FAX： _____

<患者情報>

フリガナ

氏名： _____ 性別： 男 ・ 女

生年月日・年齢： M・T・S・H _____ 年 月 日 () 歳

住所： 〒 _____

TEL： _____ ()

緊急連絡先： 1 氏名 _____ 続柄 _____ 電話 _____

2 氏名 _____ 続柄 _____ 電話 _____

主介護者： 氏名 _____ (同居・別居)

主病名： _____

アレルギー： 有 ・ 無 ADL： _____

紹介元病院・診療科： _____ 主治医： _____

経過：

健康保険： 後期高齢 1 or 3 割 国保 社保 生活保護

身体障害者手帳： 有 ・ 無 特定疾患医療給付： 有 ・ 無

介護保険： 有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) 無 申請中 区変中

認定有効期限： 年 月 日 ~ 年 月 日

ケアマネージャー事業所： _____ TEL： _____

(ケアマネ名： _____)

訪看ステーション： _____ TEL： _____

デイサービス・デイケア： _____ TEL： _____

受理日 年 月 日 受付：