

# 訪問診療 相談票

地域連携部 宛

FAX 045-945-1127

ご依頼者様		TEL	
フリガナ		生年月日	
患者様氏名		T・S・H	年 月 日 ( ) 歳
電話番号	携帯番号		
住所	〒		
同居家族	<input type="checkbox"/> あり (同居者: ) <input type="checkbox"/> なし (キーパーソン: )		TEL
かかりつけ医療機関名	TEL		
情報提供書 (紹介状)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 依頼中 <input type="checkbox"/> なし		
病名			
既往症			
現在の医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他( )		
要介護認定	要支援 1・2   要介護 1・2・3・4・5   申請中・未申請		
担当ケアマネジャー	【事業所名】		
その他利用中のサービス	【事業所名】		
<b>ご相談内容・お困りの内容</b>			

※当院をお知りになったきっかけを教えてください。あてはまるものに☑をお願いします。(複数可)

当院ホームページ  
 かかりつけ医の紹介  
 頼れるドクター  
 ケアマネジャー  
 その他

【お問い合わせ先】

医療法人社団 フォルクモア  
 クリニック医庵 センター南  
 地域連携部  
**FAX 045-945-1127**  
**TEL 045-945-1125**

当院記入欄			
受付日		年	月 日
担当者		(	)