

菅又病院訪問診療相談票

往診部 担当看護師 宛 FAX送信先： 028-676-2399

ご依頼日	年 月 日	
依頼者	ふりがな	連絡先
	氏名	関係・所属

患者氏名	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名		
生年月日	年 月 日	歳	

保険証住所	訪問先 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/>
-------	--

主介護者 家族図	連絡先	① 続柄
		TEL
		② 続柄
		TEL

介護認定	申請 未申請 申請中
	支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	介護負担割合 割

宅介護事業所	連絡先
担当ケアマネ	

の介護サー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
-------	---

紹介医	医療機関	紹介状
	担当医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 依頼中

在の医療処	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
内服情報	<input type="checkbox"/> 薬剤情報参照 <input type="checkbox"/> 残 日分

相談内容

別紙添付書類（ご用意ください）

- 医療保険証、介護保険証 負担割合証
- 紹介状、採血データ
- ADL情報

当院記入欄
受付確認日 年 月 日
担当者
初回訪問日 年 月 日

【お問い合わせ先】 往診部 看護師 阿久津 028-676-0311