



訪問診療 相談票
Home Medical care Counseling sheet

TEL 045-900-9886
FAX 045-900-9885

ご依頼者様 CLIENT NAME		TEL	
フリガナ		生年月日	
患者様氏名 PATIENTS NAME		T・S・H・R	年 月 日 () 歳
電話番号 PHONE NUMBER	携帯番号 CELL NUMBER		
住所 PATIENTS ADDRESS	〒 ー		
同居家族 FAMILY LIVE WITH	<input type="checkbox"/> あり 同居者様氏名 [] YES FAMILY NAME TEL <input type="checkbox"/> なし 後見人様氏名 [] NO FAMILY NAME TEL		
かかりつけ 医療機関名			
情報提供書 (紹介状) INTRODUCTION LETTER	<input type="checkbox"/> 依頼中 IN PROGRESS <input type="checkbox"/> なし NO		
病名 NAME OF THE DISEASE			
既往症 SYMPTOMS			
現在の医療処置 CURRENT MEDS CARES	<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		
担当ケアマネージャー CARE MANAGER IN CHARGE	事業所名 []		
その他利用中 の在宅サービス	事業所名 []		
ご相談内容・お困りの内容			

【お問い合わせ先 Contacts】

☎ 045-900-9886

🌐 www.yokohama-aobadai-naika.jp

✉ zaitaku@yokohama-aobadai-naika.jp

📍 神奈川県横浜市青葉区若草台17-1-2F あおばの森内科クリニック在宅医療室

当クリニック記入欄

受付日 年 月 日

担当者 []