



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 | 続柄・ご関係: | 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 [] TEL _____ <input type="checkbox"/> なし 後見人様氏名 [] TEL _____ YES FAMILY NAME NO FAMILY NAME | | |
| 保険情報 INSURANCE | 社保・国保・後期高齢・生保 / 1・3割 ※該当するものに丸をつけてください。 公費：有・無 / 限度額申請：有・無 | | |
| 情報提供書（紹介状） INTRODUCTION LETTER | <input type="checkbox"/> 既取得 <input type="checkbox"/> 依頼中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> データCD有り IN PROGRESS IN PROGRESS NO CT・MRI/X-P・CR/ECG | | |
| 病名（既往症） NAME OF THE DISEASE | | | |
| 現在の状況 STATUS | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 入院中 (施設・病院名： / 科 担当医：) (直近の入退院情報： 病院 / 入院日： / / 退院日： / /) | | |
| 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・お困りの事等詳細についてご自由にご記載ください。 | | | |
| | | | |

【お問い合わせ先 Contacts】

- ☎ 045-530-9466 (外来診療時間内)
- 🌐 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 ()