【川口芝クリニック　訪問診療申込書】

地域連携室あて　FAX：048-424-7352

■ご依頼者

ご依頼者様	事業所名	
	ご担当者様	TEL：

■患者様・ご家族様情報

フリガナ 患者氏名	男・女	生年月日	M・T・S・H・R 年　月　日　歳
訪問先住所	〒 TEL：		
キーパーソン ご連絡先	氏名 住所　〒 □同居の場合はこちらにチェック		続柄（　）
	連絡先　TEL：		携帯：
保険情報	医療	国保・社保・後期高齢・生保・難病・マル障・その他（　）	
	介護	要支援（　）・要介護（　）・申請中・区変中・未申請	

■現在のご病状について　＊わかる範囲でご記入ください

主病名・病状	＊がんの場合→告知　□有　□無し
必要な処置	□在宅酸素　□尿道カテーテル　□経管栄養（胃瘻・経鼻）□中心静脈栄養 □ストマ　□褥瘡（部位：　）　□その他（　）
おかかりの 医療機関	医療機関名 TEL：

■ご利用中のサービス

訪問看護	事業所名	利用曜日（月・火・水・木・金・土・日）
ヘルパー	事業所名	利用曜日（月・火・水・木・金・土・日）
デイサービス	事業所名	利用曜日（月・火・水・木・金・土・日）
その他		

■備考

＊基本情報や診療情報提供書、その他情報がございましたら併せてご送付をお願いいたします。

＊確認後、相談員よりご連絡させていただきます。お急ぎの場合は直接お電話ください。

一般社団法人共進会
川口芝クリニック
〒333-0866　埼玉県川口市芝4-6-6
TEL：048-424-3750　　FAX：048-424-7352