

訪問診療依頼票

在宅医療連携室 宛 FAX 045-716-6601

ご依頼者様	ご名称・ご担当者様 TEL
-------	------------------

フリガナ		□男 □女	M・T・S・H	年	月	日生	歳
患者氏名							
通院中or入院中	□外来通院中 □入院中（入院期間： ~ ）						
訪問先住所	〒 TEL						
おかけの医療機関	医療機関名						

ご病状について

主病名・病状							
	* 癌の場合→告知 □有 □無し						
必要な処置	□HOT □人工呼吸器 □IVH □バルーンカテ □褥瘡処置						
	□経鼻栄養 □胃瘻栄養 □その他()						

家族情報

同居家族	□あり 続柄() □なし キーパーソン	TEL
------	-------------------------	-----

ご利用されているサービス、これからご利用予定のサービス

□訪問看護 □その他()	
訪問看護ステーション	
居宅介護支援事務所	担当ケアマネジャー:
備考	

《下記までお送り下さい》

はまかぜ会 在宅医療連携室

FAX 045-716-6601

電話 045-716-6682(連携室直通)

当院記入欄
受付日時 年 月 日() :
記入者