

訪問診療依頼票

在宅医療連携室 宛 FAX 045-947-2963

◇ご相談者

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

◇患者様情報

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： ～ ）	※直近1年以内で構いません				
訪問先住所	〒 TEL						
おかけの医療機関	医療機関名						

◇現在のご病状について（※わかる範囲でかまいません）

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	□中心静脈栄養	□バルーンカテ	□褥瘡処置		
	□経鼻栄養	□胃瘻栄養	□その他（	）			

◇ご家族様情報

同居家族	□あり 続柄（	）	TEL
	□なし	キーパーソン	

◇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

介護保険	有・無 ・申請中・区変中（要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 ）
訪問看護	□訪問看護 □その他（
訪問看護ステーション名	□利用曜日（
デイサービス名	□利用曜日（
居宅介護支援事務所名	担当ケアマネジャー様：
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 045-947-2963

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