

医)双愛会 ファミリークリニック蒲田・品川 新規患者依頼(申込)書

依頼日: 年 月 日

御依頼内容(希望内容に○)

1. 訪問診療(総合診療 整形外科 皮膚科 精神科)
 2. 訪問看護 3. 訪問リハビリテーション 4. 訪問栄養指導

依頼者	(CM・NS・MSW・家族・他)
所属	
TEL/FAX	

ふりがな		性別		生年月日	M T	年	月	日	歳
患者名		男 女			S H				
住所				TEL	①	②			

(※ご住所は建物名までご記入ください。)

診断名	希望内容
	<input type="checkbox"/> 総合診療 <input type="checkbox"/> 緩和ケア(麻薬投与など) <input type="checkbox"/> 精神療法(精神科) <input type="checkbox"/> ドレーン法(外科) <input type="checkbox"/> 褥創・創傷治療(皮膚科) <input type="checkbox"/> 痛みの治療(整形) <input type="checkbox"/> IVH・末梢輸液 <input type="checkbox"/> 経腸栄養(胃瘻など) <input type="checkbox"/> 糖尿病治療 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 排泄管理(ストマ・留置カテーテル) <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 栄養管理 *医療機関の場合、診療情報提供書を添付して下さい <input type="checkbox"/> その他:

現在の病状について (治療内容・予後・告知の有無等)

現在の療養状況

1. 自宅療養
 2. 通院中(病院名: 診療科: 科)
 3. 入院中(病院名: 退院予定日: 月 日頃)
 4. 施設入居中(施設名:)

介護認定 非該当 未申請 申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

生活保護受給 有 無 申請中

ケアマネジャー 事業所: 担当者: TEL:

家族状況	氏名	続柄	別居・同居	TEL
			別 同	
			別 同	

※主な介護者に○印をお願いします。

週間予定	サービス名	事業所名(決まっていれば)	月	火	水	木	金	土	日
	訪問看護(リハ)								
	デイサービス								
	介護(ヘルパー) その他								

※サービスを利用中の場合、曜日欄に○または時間を記入してください。

FAX送信先 蒲田:03-5480-1823/品川:03-6735-4390

医療連携担当直通 TEL 050-3646-3438

*蒲田・品川の指定がない場合は蒲田にFAX送信をお願いします。