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：平成　　年　　月　　日

御依頼内容（希望内容に〇）
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 S H　　年　　月　　日　　歳	
患者名		男　女			
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**
	□一般診療（総合内科）　□緩和ケア（麻薬投与など）　□精神療法（精神科）
	□ドレーン法（外科）　□褥創・創傷治療（皮膚科）　□痛みの治療（整形）
	□IVH・末梢輸液　□経腸栄養（胃瘻など）　□糖尿病治療　□在宅酸素療法
	□服薬管理　□排泄管理（ストマ・留置カテーテル）　□リハビリ　□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	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

ケアマネージャー	**事業所：**　　**担当者：**　　**TEL：**

家族状況	氏名	続柄	別居・同居	TEL
			別　同	
			別　同	

※主な介護者に〇印をお願いします。

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								
	訪問リハ								
	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、曜日欄に〇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送信お願いします。