

医)双愛会 ファミリークリニック蒲田・品川・多摩川 新規患者依頼(申込)書

依頼日: 令和 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 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"/> 一般診療(総合内科) <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"/> 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 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 排泄管理(ストマ・留置カテ) <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 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○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									
通所介護									
介護ヘルパー									
その他									

※介護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

蒲田院:03-5480-1823/品川院:03-6735-4390/多摩川院:03-4243-2384/訪問看護:03-6800-3594

* 指定がない場合は蒲田院宛にFAX送信をお願いします。

TEL連絡先

蒲田院:03-5480-1810/品川院:03-6424-4439/多摩川院:03-6424-4454/訪問看護:03-5744-3361

* 指定がない場合は蒲田院宛にご連絡をお願いします。