

訪問診療申込書

FAX 0895-23-5294

申込日 平成 年 月 日

ふりがな		男	生年月日	大・昭・平	年	月	日
患者氏名		様	女	電話番号			
住所	〒						
相談者			患者様とのご関係:				
氏名	様		電話番号				
住所	〒						
健康保険	国保・社保・後期高齢・その他()			介護保険	あり	なし	
ケアマネジャー	事業所	担当者			連絡先		
かかりつけ医療機関			診療科	担当医師名			
病名							
現在の状況							
自宅・入院(病院 科 担当医師) 食事: 自立 一部介助 全面介助 経管栄養 移動: 自立 一部介助 全面介助 装具使用							
その他、気になることがありましたらご記入下さい。							

わかる範囲でご記入いただき、FAXで下記までご送付をお願いします。
確認後、当日又は翌診療日にご連絡いたします。
保健所及び他院の診療情報提供書、服薬情報(お薬手帳など)がございましたら、ご用意下さい。

FAX: 0895-23-5294

〒798-0080

愛媛県宇和島市新田町1丁目2-30

電話: 0895-25-3335 FAX: 0895-23-5294

沖内科クリニック