

訪問診療 相談票

クリニック医庵 地域連携部 宛

Mail: houmon@c-ian.jp

Fax: 045-507-5425

* 現時点でご記入可能な部分だけ情報をいただけますようお願い申し上げます。

フリガナ ご依頼者お名前		患者様と の関係	ご親族、ケアマネ、施設長など
所属事業所名 (施設名)		連絡先 電話番号	

フリガナ 患者様お名前		生年月日	年 月 日 () 歳
		性別	<input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性
住所	* 訪問エリアの確認のため。 番地の記載は不要です。		

【個人宅の場合】 同居者	<input type="checkbox"/> あり 同居者:		
	<input type="checkbox"/> なし キーパーソン:		
【施設入居の場合】 入居日・入居予定日	年 月 日	入居前の状況 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 病院	
		居室番号	号室

かかりつけ 医療機関名	* 複数の受診医療機関があれば、合わせてご記入ください。		
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 依頼中 <input type="checkbox"/> 未依頼/不明		
主病名			
既往症			
ご入居前の状況	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他(
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請		
利用中のサービス		【事業所名】	
担当ケアマネージャー		【事業所名】	
ご相談、ご要望、お困りごと等がございましたら、ご記入ください。			

* 当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。			
<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> 病院・クリニック	<input type="checkbox"/> ケアマネ	<input type="checkbox"/> 地域ケアプラザ
<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> クリニックの検索サイト	<input type="checkbox"/> 友達	<input type="checkbox"/> その他()

【お問い合わせ先】
医療法人社団 フォルクモア
クリニック医庵 地域連携部
TEL: 045-509-1239

【クリニック医庵 記入欄】	
受付日	年 月 日 ()
担当者名	