

訪問診療申込シート

医療法人社団 光恵会 芝西医院 医療連携室 宛

FAX 048-424-8339

TEL 048-424-8332

申込日(西暦) 年 月 日

申込者		患者との関係	
電話		FAX	

患者情報

カナ		生年月日	M . T . S	年	月	日 ()	歳
氏名		男・女	TEL				
住所	〒		世帯の 状況・構成	ジェノグラム			
ケアマネジャー	事業所		TEL				
	担当者		FAX				
介護保険証 負担割合証	要支 1・2 要介 1・2・3・4・5		申請中	未申請	1割・2割・3割		
訪問看護ステーション						未定	
状況	自宅・入院中・施設入所中・その他 ()						
	入院・入所先 ()						
	退院・退所予定日 年 月 日頃・未定						
主な傷病名・病状・ADLなど							
診療情報提供書作成機関			病院相談員				

キーパーソン	氏名		患者との関係		同居・別居
	電話		就業	有・無	

①本申込シート、②医療・介護保険証、減額証、負担割合証など、③服薬内容、お薬手帳など、お手持ちの物をなるべく一緒にFAXしてください。

芝西医院使用欄

申込者への連絡した者	(/)	KPへ連絡した者	(/)
カルテ作成者	(/)	カルテ確認者	(/)
台帳入力者	(/)	台帳確認者	(/)
MCS作成者	(/)	MCS確認者	(/)
主治医(予定)	先生	訪問診療開始予定日	/ /