

訪問診療 相談シート

恐れ入りますが、下記に必要事項を記入いただき、FAXか郵送にてご返信ください。

到着後、当クリニックより下記連絡先へ相談内容についての連絡をさせていただきます。

【返信先】

FAXの場合 0798-31-3767

郵送の場合 〒663-8184 兵庫県西宮市鳴尾町5-2-6 セレニテ甲子園プリエ1F
ケイ往診クリニック 宛

フリガナ 患者様氏名	様		性別	生年月日		
			男・女	T・S・H	年	月
住所	〒 —					
患者様連絡先	() —					
かかりつけ病院						
病名						
現在服用中のお薬						
今受けている 医療行為	腕や足・お腹への点滴 ・ 胃ろう/腸ろう ・ 酸素吸入 ・ 尿のカテーテル その他 ()					
今の生活状況 (歩行や身の回り のこと)						
医療受給者証	あり ・ なし ・ 不明		生活保護	あり ・ なし		
現在の 療養場所	自宅 ・ 入院または入所中 (施設・病院名					退院予定日)
ご依頼者 (ご家族様等) 連絡先	フリガナ 氏名	続柄	同別居	住所	〒 —	
			同居 ・ 別居	連絡先	() —	
				日中連絡先 (携帯電話)	() —	
当院からの 今後の連絡先	<input type="checkbox"/> 患者様ご本人 <input type="checkbox"/> ご依頼者様 <input type="checkbox"/> その他連絡先 ※下記に詳細を記入。 お名前： 患者様とのご関係： ご住所： 連絡先： () —					
当院の 面談について	<input type="checkbox"/> 面談希望 <input type="checkbox"/> 電話で説明後、自宅へ契約書を郵送してほしい。 送付先： <input type="checkbox"/> 患者様宛 <input type="checkbox"/> ご依頼者様宛 <input type="checkbox"/> その他の連絡先の方					
ケアマネージャー様 情報	施設名				担当者様	
	連絡先	() —				
当院へ提供可能な 情報書類	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(2級以上のもの) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介状) 【医療減額証等】 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 限度額認定 <input type="checkbox"/> 一部負担金助成 <input type="checkbox"/> お薬情報(お薬手帳コピー) <input type="checkbox"/> その他 () (可能であれば、上記情報書類のコピーを当院へ郵送もしくはFAXをお願いいたします。)					
【その他詳細】 ご希望等を自由に ご記入下さい。						