

FAX:

▼新規患者様申し込み票

TOWN訪問診療所横浜 宛て

\*お分かりの範囲の記載で結構です

TEL : 045-910-1221 FAX:045-910-1222

■患者様情報	
<input type="checkbox"/> 名前：	( 歳 男・女) <input type="checkbox"/> 生年月日：
<input type="checkbox"/> 住所：	
<input type="checkbox"/> 連絡先（本人または自宅）：	
<input type="checkbox"/> 在宅医： 有 ・ 無	
※すでに在宅の主治医の先生がいらっしゃる場合、当院は往診扱いで訪問いたします。 ご自宅に訪問する場合は交通費5000円、施設に訪問する場合は交通費3000円が発生致します。	
<input type="checkbox"/> 訪問診療介入理由・症状	(※癌の場合は告知 有 ・ 無)
<input type="checkbox"/> 既往歴 ・ 経過 (わかる範囲でご記入下さい)	
<input type="checkbox"/> 生活形態：独居・同居 ( )	
<input type="checkbox"/> キーパーソン (続柄： 名前： 連絡先： )	
<input type="checkbox"/> 介護保険：有 (介護度： ) ・ 無 ・ 申請中	
<input type="checkbox"/> 生活保護 受給 有 ・ 無	
※ 生活保護を受給されている場合は 担当者名 TEL：	
<input type="checkbox"/> ケアマネージャー：有 (事業所名： 担当者： 様) ・ 無	
<input type="checkbox"/> 透析：有 (病院名： 曜日・時間： ) ・ 無	
<input type="checkbox"/> 経管栄養：無・経鼻・胃瘻 → 当院での交換依頼：有・無 ※交換依頼は要相談	
<input type="checkbox"/> 尿バルーン：有 (サイズ： Fr) ・ 無	

