あいあいクリニック 相模原院

訪問診療 ご紹介・ご相談依頼票

あいあいクリニック 相模原院　行

送信先 FAX
03-5422-1763
お問い合わせ TEL 070-3160-6823

送信日：　　年　　月　　日　　送信枚数：本票を含め　　枚　　☐ 診療情報提供書あり　☐ 後日送付

ご紹介元			
機関・事業所名		ご担当者	職種（　　）
電話		FAX	

患者様情報					
ふりがな 氏名		性別	☐ 男 ☐ 女	生年月日 年齢	年　月　日 （　歳）
住所	〒				
療養場所	☐ 自宅（☐ 独居　☐ 同居家族あり）　☐ 施設（施設名：　　）				
主病名					
現在の状態 ADL・経過など					
介護度	☐ なし　☐ 申請中　☐ 要支援（1・2）　☐ 要介護（1・2・3・4・5）				
医療処置	☐ 在宅酸素　☐ 人工呼吸器　☐ 中心静脈栄養　☐ 経管栄養・胃ろう　☐ 褥瘡 ☐ 疼痛管理（麻薬使用 ☐有 ☐無）　☐ 吸引　☐ カテーテル　☐ その他（　　）				
現在の主治医		ケアマネジャー	☐ 未定		
キーパーソン	続柄（　　）	連絡先			
開始希望時期	☐ 退院日（　月　日 予定）から　☐ できるだけ早く　☐ 時期は相談したい				
ご本人・ご家族	☐ 訪問診療について説明済み・情報提供に同意あり　☐ これから説明予定				

ご依頼内容・ご要望
☐ 訪問診療の依頼　☐ まずは相談したい　☐ その他

※ わかる範囲でのご記入で結構です。内容を確認のうえ、ご担当者様へご連絡いたします。　　クリニック受付欄：No._____