

## きまち往診クリニック・訪問診療申込書

相談者	氏名(ふりがな)		記入日	年 月 日
	患者様との関係(続柄)		電話番号	

患者様情報	ふりがな		年齢	歳	
	氏名		性別	男・女	
	住所	〒			
	電話番号		生年月日	大・昭・平 年 月 日	
	介護保険その他	要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)申請中・未申請・区分変更中			
		難病(有 無 不明)	身体障害者手帳・精神自立支援・福祉手帳(有・無・不明)		
	ケアマネ (いる・いない ・変更予定)	事業所名			
		担当者			
		連絡先(電話)			
	訪 看 (利用有・無)	事業所名			
		連絡先(電話)			
	薬 局 (利用有・無)	薬局名			
連絡先(電話)					
状 況 該当するものに○をつけてください	自宅 / 入院中 / 施設入所 / その他( )				
	※入院先( )				

キーパーソン (有・無・不明)	氏 名		連絡先電話番号	
	患者様との関係(続柄)		状 況	同居 / 別居

病 名				
主治医(医療機関)			その他生活保護等	
その他 該当するものに○をつけてください	IVH(中心静脈栄養) / CVポートあり / 胃瘻 / 腸瘻 在宅酸素 / 尿路カテーテルあり / 人工呼吸器あり / その他			

**きまち往診クリニック**  
TEL: 022-725-3815 / FAX: 022-725-3816

初診時(健康保険証/介護保険証/負担割合証/指定難病受給者証/引落口座通帳/通帳印鑑)用意下さい。