

しらみず診療所 訪問診療申込書



ご連絡者の情報			
フリガナ			
お名前			患者さんとの関係性
メール			電話番号
折り返しの連絡方法の希望	<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> 電話	

患者さんの情報							
フリガナ							
お名前			生年月日	(西暦)	年	月	日
住所	〒						
電話番号							
訪問診療を希望する理由	(通院困難となっている原因と困っていることを記載してください)						
生活状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名)						
現在かかっている病気							
現在かかっている病院							
介護保険認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
担当ケアマネジャー 地域包括支援センター			事業所名				
電話番号							

当院への希望

申込ありがとうございます。スタッフが確認してご連絡させていただきます。