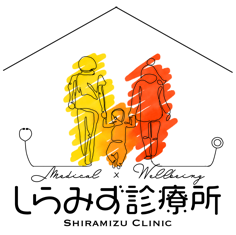
**しらみず診療所　訪問診療申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | メール　　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 | 一人暮らし　家族と同居　入院中  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 | | なし　申請中　要支援１　要支援２  要介護１　要介護２　要介護３　要介護４　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。