**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。