

内倉外科医院 在宅訪問診療 問い合わせ・紹介用紙

FAX:0995-65-3171

1*患者さんについて*

記入日： 年 月 日

| | | | | | |
|--------------|---|----------|-----|------|---------------------------|
| ふりがな | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正 年 月 日 昭和・平成 (歳) |
| お名前 | | | | | |
| 現住所 | 〒 | 電話番号 | | - | - |
| ふりがな | | 続柄 | | | |
| ご家族(介護者)のお名前 | | | | | |
| ご家族(介護者)の住所 | 〒 | ご家族の電話番号 | | - | - |

同居の場合は(同上)で結構です。

2*現在の様子*

| | |
|---------|--|
| 病名① | |
| 病名② | |
| 病名③ | |
| 症状 | (在宅酸素・経管栄養・胃ろう・IVH・尿バルーンカテ・気管切開・ターミナル) |
| 緊急性 | すぐに診てほしい・できれば早めに・準備期間と説明の後で大丈夫 |
| 訪問診療の理由 | 外来の通院が困難・独居・その他() |
| 他の医療機関 | 外来通院中・入院中・往診を受けている・かかりつけ医が無い 医療機関名： |
| 介護保険 | 要介護()・要支援・未申請・申請中・意見書を依頼したい |

3*ご紹介者(この用紙を書いて頂いているのが、ご家族で無い場合)*

| | | | | |
|----------------|--|------|---|---|
| ふりがな | | 電話番号 | - | - |
| お名前 | | | | |
| 施設様名 事業所様名等 | | 職種など | | |

4*伝えておきたい事など*

| | |
|-----|--|
| その他 | |
|-----|--|

当医院から折り返し連絡を差し上げますので、電話番号等の連絡先が記入されている事を再度ご確認ください。

ご不明な点などがございましたら、お気軽にお問い合わせください。

※ この用紙は必須ではありません。あくまで便宜を図るものですので、他の様式の使用や直接お電話頂いても構いません。

内倉外科医院 TEL:0995-65-2548 FAX:0995-65-3171

〒899-5421 鹿児島県姶良市東餅田2362番地 www.uchikurageka.com